

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA MAAHANMUUTTAJIEN HOITAMISESTA JA OMASTA OSAAMISESTAAN

Juha-Matti Leppänen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LEPPÄNEN, JUHA-MATTI:

Sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien hoitamisesta ja omasta osaamisestaan

Opinnäytetyö 62 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Lokakuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien hoitamisesta ja omasta osaamisestaan. Tavoitteena oli tuoda esille maahanmuuttajien hoitotyöhön liittyviä ominaispiirteitä, saada selville sairaanhoitajien näkemyksiä aiheesta sekä luoda tietopaketti, jota voitaisiin käyttää monikulttuurisen hoitotyön apuna sekä uusien sairaanhoitajien perehdytyksen osana. Tehtävinä oli selvittää, mitkä ovat olennaisia erityispiirteitä maahanmuuttajien hoitotyössä ja millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on maahanmuuttajien hoitotyöstä.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Aineisto kerättiin keväällä 2014 kolmelta Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) vuodeosastolta siten, että joka osastolta tutkimukseen osallistui kaksi sairaanhoitajaa. Näin ollen haastateltavia oli yhteensä kuusi (N=6). Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin ja aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.

Kielimuuri nousi haastateltavien vastauksissa usein esille hoitotyötä vaikeuttavana tekijänä. Tulkkipalveluja käytettiin, mutta myös kielitaitoista henkilökuntaa ja omaisia käytettiin apuna. Lisäksi käytettiin kehonkieltä ja potilaan omalla kielellä olevaa kirjallista materiaalia osana viestintää. Maahanmuuttajat koettiin hoitomyönteisiksi potilaiksi. Perheiden annettiin mahdollisuuksien mukaan osallistua hoitoon ja ohjaustilanteisiin. Maahanmuuttajapotilaat vaativat kantaväestöön kuuluvia potilaita enemmän aikaa ohjaukseen. Haastateltavien mielestä sairaanhoitajan vastuulla on, että potilas ymmärtää, mistä kulloinkin on kyse. Siveellisyyskäsitteet poikkesivat joissain kulttuureissa suomalaisesta kulttuurista. Maahanmuuttajapotilaiden toiveita hoidon ja hoitoympäristön suhteen pyrittiin kunnioittamaan siinä määrin kuin oli mahdollista. Sairaanhoitajat kokivat vieraiden kulttuurien tuntemuksessaan olevan parannettavaa. Kulttuurikoulutukselle koettiin olevan tarvetta.

Opinnäytetyön aihetta voitaisiin tutkia jatkotutkimuksena sellaisenaan myös muualla päin Suomea. Eri ympäristö, haastateltavat ja opinnäytetyön tekijä voisivat tuoda aiheeseen toisenlaisia näkökulmia. Vieraiden kulttuurien koulutusta voitaisiin lisäksi suunnitella tai toteuttaa kehittämishankkeena. Vastaavasti kehittämishankkeen aiheena voisi olla tiettyyn kulttuuriin syventynyt perehdytyskansio, jossa käytäisiin läpi syvällisesti kyseessä olevan kulttuurin hoitotyön kannalta merkittäviä asioita.

Asiasanat: maahanmuuttajat, monikulttuurisuus, sairaanhoitajat, osaaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

JUHA-MATTI LEPPÄNEN

Nurses' Experiences of Nursing Immigrant Patients and of Their Own Know-how

Bachelor's thesis 62 pages, appendices 3 pages
October 2014

The purpose of this study was to find out how nurses experience nursing immigrant patients and their own know-how. The aim was to see what the characteristics of treating immigrants are, what the nurses' views of the subject are and to create an information package which could be utilised in multicultural nursing and part of the orientation process of new nurses. The mission was to find out the characteristics of nursing immigrant patients and what kind of experiences nurses have of nursing them.

This study applied a qualitative research method. The data collection method was theme interview. The data were collected in spring 2014 among three wards of Tampere University Hospital, from which two nurses per ward participated in the study, for a total of six (N=6) interviewees. The interviews were recorded and transcribed, and the data were analyzed with content analysis.

Language barrier was often mentioned as a complicating factor in multicultural nursing. Interpretation services were used, but also multilingual employees and relatives were used as interpreters. In addition the interviewees used non-verbal communication and written materials in the patients' own language as a part of their communication. Immigrants were seen as compliant patients. Families of the patients were allowed to participate in the nursing processes whenever possible. Guiding immigrant patients took more time than guiding Finnish patients. The interviewees thought it was the nurse's responsibility to make sure that the patients always understood what was going on. In some cultures views on morality and decency differed from the Finnish culture. The wishes of immigrant patients regarding nursing and the environment were respected as much as possible. The nurses felt that their knowledge of different cultures could be better. There was a need for cultural training.

A suggestion for potential further study could be to carry out a similar study somewhere else in Finland. Different environment, interviewees and person in charge of the study could contribute a new perspective. In addition education of different cultures could be planned or carried out as a development project. Also a subject for a development project could be an orientation folder, which would focus on one particular culture and the characteristics of nursing patients from that respective culture.

Key words: immigrants, multicultural, nurses, know-how

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA.....	8
3.1	Maahanmuuttajan määritelmä.....	8
3.2	Suurimmat maahanmuuttajaryhmät Suomessa.....	8
3.3	Maahanmuuton syitä.....	10
3.4	Kulttuurin määritelmä.....	11
3.5	Suomen maahanmuuttajien kulttuureista.....	15
3.6	Eri maahanmuuttajaryhmille tyypillisiä sairauksia.....	19
4	SAIRAAHOITAJAN OSAAMISEN MÄÄRITTELY	23
4.1	Eettinen osaaminen, monikulttuurisuus ja terveyden edistäminen.....	23
4.2	Opetus- ja ohjausosaaminen	25
4.3	Itsensä johtamisosaaminen.....	27
4.4	Talousosaaminen	28
4.5	Tutkimus- ja kehittämisosaaminen	28
4.6	Kliininen osaaminen	29
5	TUTKIMUSMENETELMÄ	31
5.1	Tutkimusmenetelmän valinta.....	31
5.2	Aineistonkeruumenetelmä	31
5.3	Haastateltavien valinta.....	33
5.4	Aineistoanalyysi ja -käsittely.....	34
6	TULOKSET	37
6.1	Tiedonantajien työkokemus hoitotyöstä ja kokemus maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoitotyöstä	37
6.2	Maahanmuuttajan määritelmä ja maahanmuuton syitä.....	37
6.3	Kommunikoinnin tavat maahanmuuttajapotilaiden kanssa	38
6.4	Eettisyys ja arvot hoitotyössä ja niiden näkyminen hoitotyössä maahanmuuttajapotilaiden kohdalla	38
6.5	Maahanmuuttajataustaisten potilaiden ohjaaminen ja sen suunnittelu	40
6.6	Itsensä kokeminen tärkeäksi ja työpaikan avoimuus uusia työtapoja kohtaan.....	42
6.7	Oman työskentelyn kehittäminen ja sen näkyminen maahanmuuttajien hoitotyössä	43
6.8	Talousosaaminen ja sen vaikutus maahanmuuttajien hoitotyöhön.....	44
6.9	Kliininen osaaminen ja sen erot hoitotyössä kantaväestöön ja maahanmuuttajiin kuuluvien potilaiden välillä.....	45
6.10	Vieraisiin kulttuureihin liittyvän koulutuksen saaminen	47

6.11 Kokemus omasta vieraiden kulttuurien tietämyksestä ja positiiviset kokemukset maahanmuuttajien hoitotyöstä.....	47
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	49
7.1 Tulosten tarkastelu	49
7.2 Luotettavuus.....	52
7.3 Eettisyys.....	53
7.4 Pohdinta	54
7.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	54
LÄHTEET	56
LIITTEET	60
Liite 1. Teemahaastattelurunko	60
Liite 2. Suostumuslomake	61

1 JOHDANTO

Monikulttuurinen hoitotyö on arkipäivää nyky-Suomessa ja tulee tulevaisuudessa olemaan entistä merkittävämmässä roolissa eri kulttuurien lisääntyessä ja toisaalta myös sekoittuessa keskenään. Jo yksistään Tampereen alueella on yli 8 500 ulkomaalaista asukasta puhumattakaan niistä, jotka ovat saaneet kansalaisuuden ja lasketaan täten suomalaisiksi, mutta ovat kuitenkin kulttuurilähtökohdiltaan paljonkin suomalaisista poikkeavia (Maahanmuuton vuosikatsaus 2012).

Lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa. Lisäksi laki määrittelee, että mahdollisuuksien mukaan myös potilaan äidinkieli ja kulttuuri on otettava huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Sairaanhoidajan tulisi eläytyä potilaan tilanteeseen ja kohdella häntä lähimmäisenä (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2013). Näin ollen on tärkeää, että hoitohenkilökunta ymmärtäisi eri kulttuureita ja tiedostaisi mistä maahanmuuttajat ovat tänne tulleet, miksi he ovat tänne tulleet ja millaista heidän elämänsä on ollut heidän kotimaassaan.

Aihe opinnäytetyölle tuli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Aihe oli alun perin kohdistettu lasten vuodeosastojen palveluja käyttäville maahanmuuttajaperheille. Sairaanhoidopiirin sisältä löytyi kuitenkin kiinnostusta myös aikuisten maahanmuuttajapotilaiden näkökulmalle. Pidin aihetta henkilökohtaisesti kiinnostavana ja oman ammatillisuuteni ja ammattitaitoni kannalta tärkeänä.

Opinnäytetyössä käsitellään ensin teoreettisesti maahanmuuttajia ja Suomessa yleisiä vieraita kulttuureita sekä sairaanhoidajan osaamisen eri osa-alueita. Työn tarkoitus oli teemahaastattelun keinoin kerätä tietoa sairaanhoidajilta siitä, miten he itse kokevat tällä hetkellä oman osaamisensa maahanmuuttajien hoitamisen suhteen ja millaisia kokemuksia heillä on maahanmuuttajien hoitotyöstä. Tutkimus rajattiin koskemaan maahanmuuttajia, joten esimerkiksi romanien tai saamelaiden hoitotyötä ei tässä työssä käsitelty.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kolmen eri Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) vuodeosaston sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoitamisesta ja omasta osaamisestaan.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä ovat suurimpien maahanmuuttajaryhmien hoitotyön kannalta olennaisia kulttuurisia ominaispiirteitä?
2. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on maahanmuuttajien hoitamisesta?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille maahanmuuttajien hoitotyöhön liittyviä ominaispiirteitä, saada selville sairaanhoitajien näkemyksiä aiheen tiimoilta sekä luoda teorian ja tutkimustulosten pohjalta tietopaketti, jota sairaanhoitajat voivat käyttää oman monikulttuurisen hoitotyönsä apuna. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää myös uusien sairaanhoitajien perehdyttämisen osana.

3 MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

3.1 Maahanmuuttajan määritelmä

Käsitteellä maahanmuuttaja tarkoitetaan useimmiten henkilöä, joka on muuttanut Suomeen aikeenaan asua maassa pidempään. On myös olemassa niin sanottuja toisen sukupolven maahanmuuttajia, jotka ovat syntyneet Suomessa, mutta joiden vanhemmat ovat muuttaneet Suomeen jostakin toisesta maasta. (Maahanmuuttajat 2013.)

Siirtotyöläisellä tarkoitetaan henkilöä, joka muuttaa Suomeen asumaan väliaikaisesti töiden vuoksi. Useimmiten nämä työt ovat työkomennuksia tai lyhytaikaisia kausitöitä, kuten marjanpoimintaa. Siirtotyöläisiä ei lasketa mukaan maahanmuuttoa koskeviin tilastoihin ja tutkimuksiin. (Maahanmuuttajat 2013.) Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä teoreettiselta näkökulmalta siirtotyöläisiä tämän enempää, mutta on otettava huomioon, että siirtotyöläisetkin voivat päätyä käyttämään Suomen terveyspalveluja. Näin ollen on mahdollista, että varsinaisessa tutkimusosiossa tullaan käsittelemään myös siirtotyöläisiä monikulttuurisen hoitotyön tiimoilta.

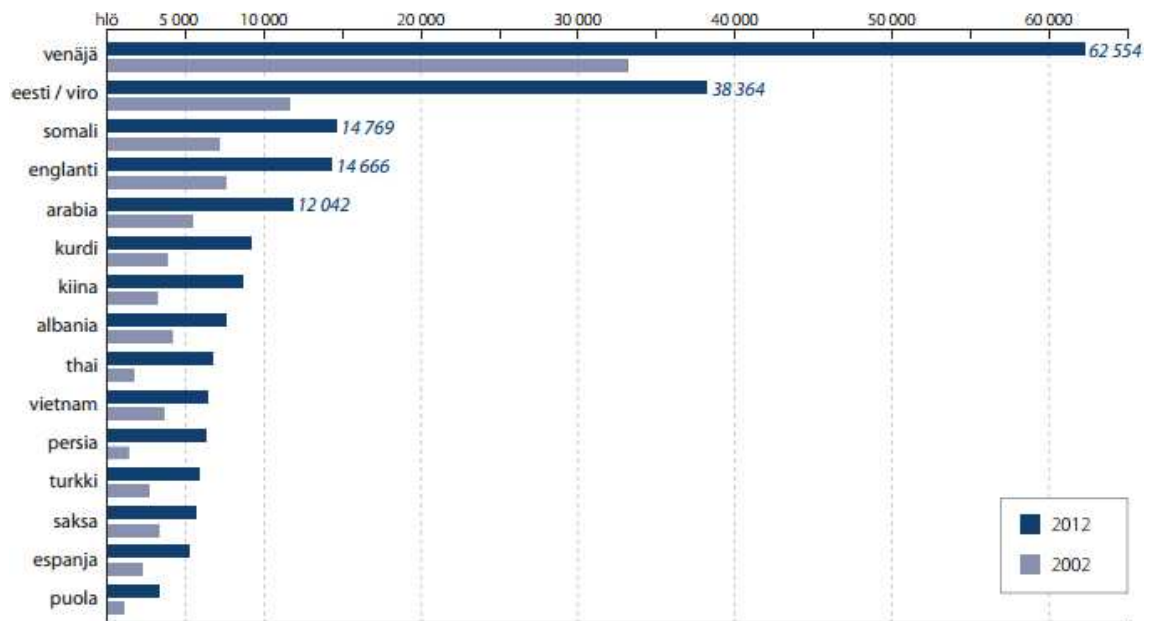
Turvapaikanhakija ja pakolainen ovat käsitteinä hyvin samanlaisia sillä erotuksella, että turvapaikanhakija on joutunut kotimaassaan vainon kohteeksi ja hakee suojelua ja oleskeluoikeutta toisesta maasta, siinä missä pakolainen ei ole vielä joutunut vainon kohteeksi, mutta hänellä on perusteltu syy pelätä joutuvansa vainotuksi. Pakolaisstatuksella on YK:n määrittelemät kriteerit, joita sota, luonnonkatastrofi ja köyhyys eivät vielä sinänsä yksinään täytä. (Maahanmuuttajat 2013.)

3.2 Suurimmat maahanmuuttajaryhmät Suomessa

Suomessa on yhteensä 195 538 vakituisesti asuvaa ulkomaalaista 179 eri maasta. Luku pitää sisällään myös 748 kansalaisuudetonta ihmistä sekä 3 203 ihmistä, joiden alkuperä on tuntematon. (Suomessa vakinaisesti asuvat ulkomaalaiset 2012.) Luku ei pidä sisällään Suomen kansalaisuuden jo saaneita ulkomaalaistaustaisia ihmisiä eikä turvapaikanhakijoita. Maahanmuuttajien määrä on Suomessa selvästi nousujohteinen, sillä vuonna 2011 ulkomaan kansalaisten määrä Suomessa oli 98 577. Näin ollen vakituisesti

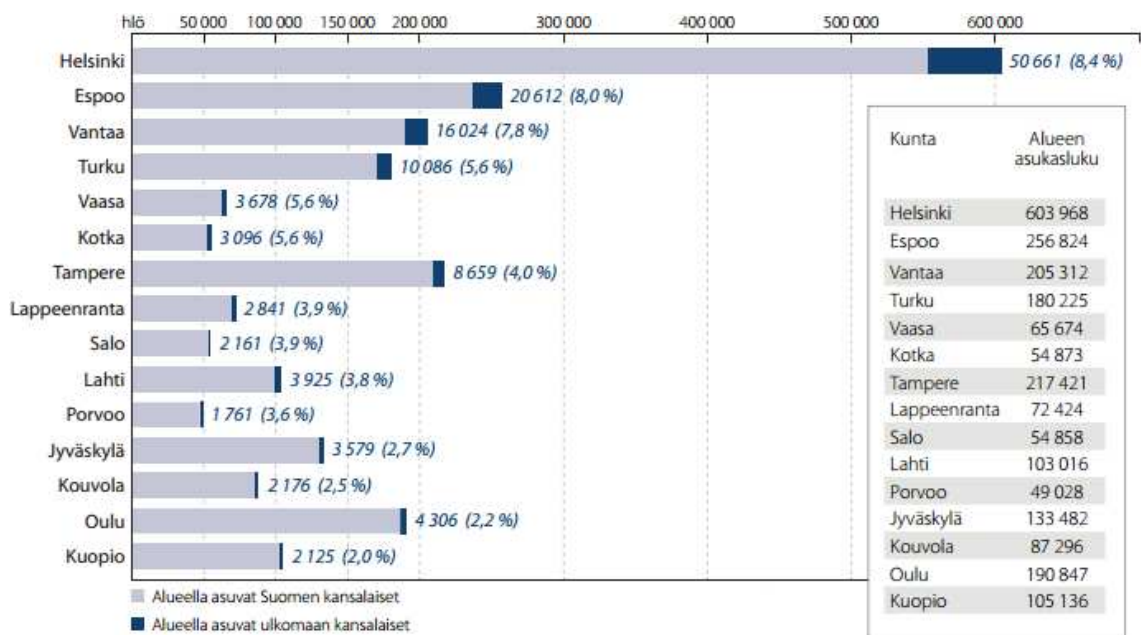
Suomessa asuvien ulkomaan kansalaisten määrä on yli kaksinkertaistunut 11 vuodessa. (Maahanmuuton vuosikatsaus 2012.)

Kymmenen suurinta maahanmuuttajaryhmää alkaen suurimmasta ovat virolaiset (39 585), venäläiset (30 177), ruotsalaiset (8 493), somalialaiset (7 485), kiinalaiset (6 465), thaimaalaiset (6 027), irakilaiset (5 903), turkkilaiset (4 282), intialaiset (4 029) ja isobritannialaiset (3 933) (Suomessa vakinaisesti asuvat ulkomaalaiset 2012).



KUVIO 1. Suurimmat vieraskieliset ryhmät 2002 ja 2012 (Maahanmuuton vuosikatsaus 2012).

Kuviossa 1 on nähtävissä vieraskielisten määrä Suomessa. Luvut pitävät sisällään kaikki kyseistä kieltä äidinkielenään puhuvat ihmiset, niin kansalaisuuden saaneet kuin nekin, jotka eivät ole vielä Suomen kansalaisia, mutta asuvat Suomessa vakituisesti. Kuvio ei pidä sisällään ruotsinkielisiä.



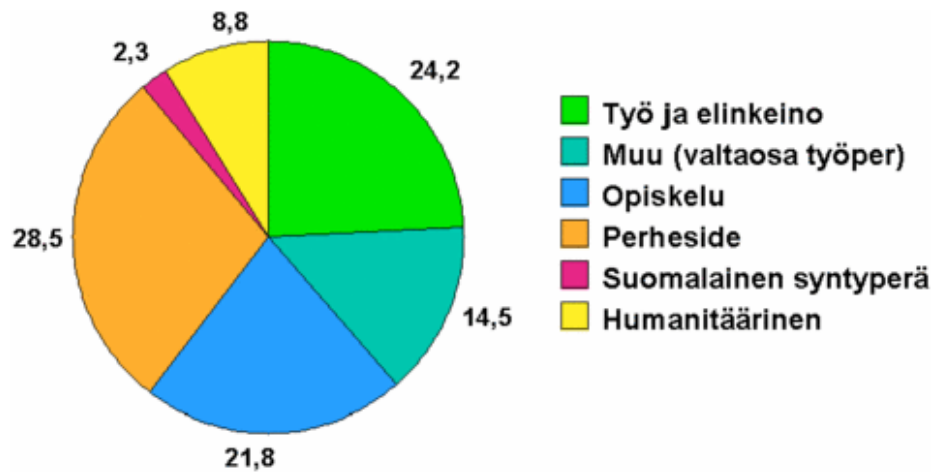
KUVIO 2. Ulkomaalaisten määrä alueittain Suomessa 2012 (Maahanmuuton vuosikatsaus 2012.)

Kuviosta 2 selviää, että Tampereen alueen 217 421 asukkaasta vieraskielisiä on yhteensä 8 659 eli 4,0 % koko alueen väestöstä. Tämän vuoksi onkin äärimmäisen tavallista, että TAYS:n potilaaksi päätyy vieraskielinen ihminen. On muistettava, että TAYS:n koko erityisvastuualue kattaa yhteensä 1 106 115 ihmistä (Sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden asukasluvut 2013.) Täten vieraskielistenkin TAYS:n vastuunalaisten potilaiden kokonaismäärä on edellä mainittua huomattavasti suurempi.

3.3 Maahanmuuton syitä

Kuviosta 3 (ei sisällä EU-maista muuttaneita ihmisiä) käy ilmi, että perheside on suurin syy maahanmuutolle. Tämä luo haasteita Suomen kotouttamispolitiikalle, sillä perhesiteiden vuoksi maahan tulevat voivat helposti jäädä niin sanotusti tyhjän päälle, koska heillä ei ole työ- tai opiskelupaikkaa useimmiten valmiina. Toisaalta maassa asuvalta perheen yhdistämisestä hakevalta edellytetään tulotaso, joka muodostuu sen mukaan, kuinka monta perheenjäsentä hänelle on tulossa hänen kotimaastaan ja mikä on näiden perheenjäsenten suhde hakijaan. Suomessa asuvaa perheen yhdistämisen hakijaa kutsutaan perheenkokoajaksi. Jonkinasteinen ongelma perheyhdistämisessä ovat olleet myös väärinkäytökset, jossa avioliitto voikin olla vain lumeavioliitto tai sukulaiset eivät oikeasti olekaan sukua perheenkokoajalle. Suullisten kuulemisten ja DNA-testien myötä

väärinkäytöksien määrä on kuitenkin vähentynyt. (Perheiden yhdistäminen Suomessa 2013.)



KUVIO 3. Vuosina 2006–2009 myönnetyt oleskeluluvat sekä turvapaikanhakijat hakuperusteittain (%) (Maahanmuuton perusteet 2013).

Kuviosta 3 selviää, että työ- ja opiskeluperäinen maahanmuutto muodostaa yhteenlaskettuna suurimman kategorian. Näiden maahanmuuttajien kohdalla voidaan olettaa, että kotouttamisprosessi on huomattavasti perhesyistä maahan tulleita helpompi, sillä he pääsevät työ- ja opiskelupaikan kautta suoraan integroitumaan kantaväestöön, myös terveydenhuoltopalveluiden osalta.

3.4 Kulttuurin määritelmä

Sana kulttuuri juontaa juurensa latinan sanasta cultura = viljellä maata. Kulttuuri-käsitteellä voidaan kuvata kaikkea ei-biologisia ihmisen piirteitä, toisin sanoen opittuja ja symbolisia asioita. Ihminen on aina oman kulttuurinsa tuote. Tämän todistaa jo muun muassa Länsi-Afrikasta lastenkodin läheltä löytynyt 4-vuotias poika, joka oli ilmeisesti varttunut apinoiden keskuudessa eikä näin ollen käyttäytynyt lainkaan ihmisen tavoin. Poika oli biologisesti ihminen, mutta hänen käytöksensä eläinten kaltainen. (Melin & Roine 2008.)

Räty (2002) määrittelee kulttuurin siten, että se on ihmisen tapa elää, toimia ja uskoa. Se on kehys, jonka kautta ihminen tarkastelee maailmaa. Se on myös opittua. Kulttuuri koostuu asioista, joita ihmiset ovat kautta oman historiansa oppineet tekemään, arvos-

tamaan ja uskomaan. Kukaan ei synny tiettyyn kulttuuriin vaan ihmiset kasvatetaan kulttuuriin. (Räty 2002, 42.)

Kulttuurin käsitetään usein nykypäivänä tarkoittavan vain esimerkiksi musiikkia, taide- näyttelyitä tai vaikkapa oopperaesityksiä, niin sanottua korkeakulttuuria. Se on kuitenkin ennen kaikkea käyttäytymismalli sekä ohjenuora, joka kertoo ihmiselle mikä on oikein ja mikä väärin, mikä on ihmisen olemassaolon merkitys. Kulttuurin kautta meille on muodostunut käsitys siitä, miten eri tilanteissa käyttäydytään, minkälaisia ruokia on sopivaa syödä ja niin edelleen. Omaan kulttuuriin ei yleensä kiinnitetä erityisemmin huomiota, sillä oma toiminta on lähes automaattista. Eri kulttuurista tullessiin ihmisiin sen sijaan kiinnitetään helposti huomiota, sillä he voivat tehdä asioita täysin totutusta poikkeavalla tavalla. (Räty 2002, 42–43.)

Näennäisesti samaan kulttuuriin kuuluvat ihmiset eivät kuitenkaan aina ole ajatusmaailmaltaan ja käytökseltään täysin samanlaisia. Ihmiset kokevat oman kulttuurinsa eri tavoin, riippuen pitkälti heidän omista elämäkokemuksistaan ja ympäristöstään (Räty 2002, 43). Ihmisillä voi myös olla kulttuurillinen identiteetti. Työläisperheen kasvatti usein korostaa työläisten tärkeyttä ja mollaa korkeasti koulutettuja ja toisin päin (Melin & Roine 2008). Lisäksi on olemassa niin sanottuja alakulttuureja, joilla mediassa monesti tarkoitetaan muun muassa rikollisryhmittymiä ja valtavirrasta poikkeavia ryhmittymiä antaen sanalle negatiivisen sävyn. Todellisuudessa alakulttuuri on laajempi käsite ja sellainen voi syntyä esimerkiksi työpaikalle, jollekin etniselle ryhmälle tai vaikkapa tietylle asuinalueelle (Räty 2002, 43). Näistä syistä kohdatessa ihminen tietystä kulttuurista ei voida aina tehdä tarkkoja ennakko-oletuksia tai -johtopäätöksiä siitä, millainen tämä ihminen on ja miten hän käyttäytyy.

Kulttuurista puhuttaessa ei voida olla ottamatta esille uskontoa. Uskonnolla on valtaosassa kulttuureista äärimmäisen merkittävä rooli. Joitakin kulttuureita, kuten osaa länsimaiden kulttuureista, uskonto on ajan saatossa muokannut nykyisenkaltaiseksi, vaikkakaan ei uskonnolla sinänsä enää välttämättä olekaan niin suurta roolia ja merkitystä ihmisten jokapäiväisessä elämässä. Esimerkiksi Suomessa sunnuntaita pidetään lepopäivänä ja kalenteri sekä juhlapyhät perustuvat valtaosin kristinuskoon. Sen sijaan joissain kulttuureissa, varsinkin niissä, joissa islamin usko on vallalla, on uskonnon rooli usein hyvin merkittävä vielä tänäkin päivänä ja se ohjaa ihmisten jokapäiväistä tekemistä ja suhtautumista elämään. Osassa kulttuureista uskonto on myös kiinteästi sidoksissa yhteiskun-

nalliseen toimintaan ja lainsäädäntöön. (Räty 2002, 56.) Joissain tapauksissa uskonnon asettamat moraaliset säännöt ajavat jopa valtion lakien edelle. Esimerkiksi viime vuosina keskustelua Suomessakin on herättänyt ääri-islamilaisten sharia-laki, jonka sisältämät ohjenuorat ovat länsimaisesta näkökulmasta kovin poikkeavia ja konservatiivisia. Sharia-laki eli islamilainen laki on muuttumaton laki, jonka jumala on islamilaisten mukaan antanut ihmisille (Hämeen-Anttila 2004, 159). Joidenkin islamistien mielestä Suomessakin tulisi olla sharia-laki, sillä heidän uskontonsa mukaan Allah on luonut meidät kaikki ja säätänyt lait (Loikkanen 2013).

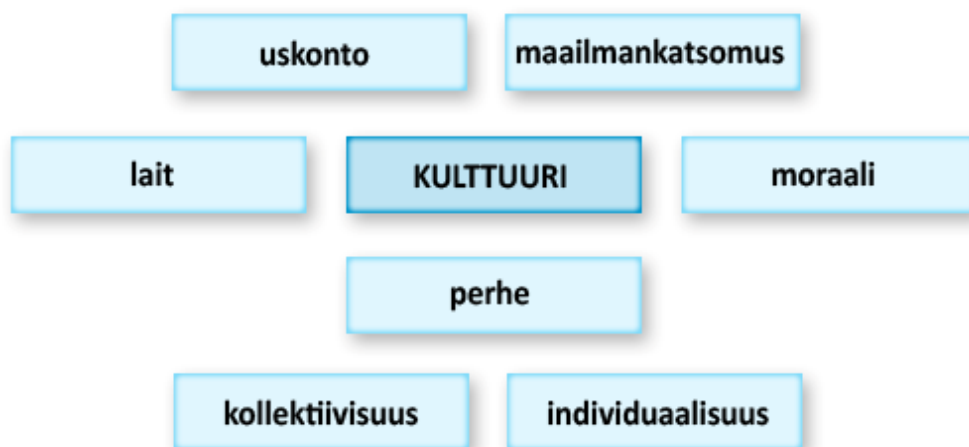
Uskonto ja maailmankatsomus ovat monelta kantilta lähes synonyymejä. Jokainen uskonto pitää sisällään oman näkemyksensä maailmasta. Räty (2002) kirjoittaa, että sisäisen kontrollin maailmankatsomuksen mukaan ihminen on itse vastuussa elämästään ja kohtalostaan. Oma asema yhteisössä ansaitaan omalla työllä. Ulkoisen kontrollin maailmankatsomuksessa ihmiselle tapahtuvat asiat eivät riipu hänen omasta toiminnastaan, vaan ihmisen kohtalo on sattuman tai ulkoisen voiman, esimerkiksi jumalan, hallussa. Näin ajatteleva ihminen voi pitää jopa loukkaavana sellaista ajatusta, että tulevaisuus olisi hänen itsensä päätettävissä. (Räty 2002, 55.)

Uskonnon ohella perheen käsitys sekä yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden välinen suhde ovat asioita, jotka muodostavat kulttuurien ytimen. Perinteinen suomalainen perheen määritelmä on se, että perheessä on äiti, isä ja lapset. Lisäksi äiti ja isä ovat naimisissa. Nyky-yhteiskunnassa perheen määritelmä on kuitenkin laajentunut. Näiden perinteisten perheiden lisäksi on olemassa useita eri perhekäsityksiä. Avoliitot ovat nyky-Suomessa yleisiä. Lisäksi avioerojen myötä muodostuu usein uusperheitä, jotka kattavat kaksi aikuista ja heidän lapsensa, jotka usein ovat syntyneet suhteessa entisen kumppanin kanssa. Riippuen siitä, miltä kantilta asiaa katsotaan, myös entiset puoliset voidaan laskea tietyllä tapaa osaksi perhettä, jos he ovat aktiivisesti mukana perheen elämässä esimerkiksi hoitamalla lapsia. On olemassa myös yksinhuoltajaperheitä, joissa on vain yksi vanhempi ja hänen lapsensa. 1.3.2002 lähtien samaa sukupuolta olevat henkilöt ovat voineet rekisteröidä parisuhteensa (Perhe 2013). Tämän myötä samaa sukupuolta olevan pariskunnan ja heidän mahdollisten lastensa on voitu virallisestikin ajatella olevan perhettä.

Perhekäsitys samoin kuin suhtautuminen koko sukuun ja lähiyhteisöön voidaan karkeasti jakaa kahteen eri näkökulmaan. Yksilökeskeisessä eli individuaalisessa kulttuurissa

ihminen on aina yksilö, jolla on omat mielipiteensä ja tarpeensa ja joka itse vastaa omasta elämästään ja elämänvalinnoistaan. Lähiyhteisöt vaihtuvat elämän edetessä ja tilanteiden vaihtuessa. Perhe käsittää yleensä vain ydinperheen, eikä yksilön katsota olevan missään vastuussa esimerkiksi köyhempien sukulaisten auttamisen tai elättämisen suhteen, vaan sitä varten maksetaan veroja, joilla taas kustannetaan heikompiosaisien tuet. (Räty 2002, 58; Yhteisöllinen ja yksilöllinen kulttuuri 2013.) Tietyllä tavalla voidaan ajatella, että individuaalinenkin kulttuuri on pidemmän kaavan kautta yhteisöllinen, mutta sen sijaan, että itse esimerkiksi autetaan sukulaisia, asia ulkoistetaan ulkoiselle taholle eli valtiolle.

Yhteisöllisessä eli kollektiivisessa kulttuurissa keskeistä ei ole yksilö, vaan ryhmä tai yhteisö, johon yksilö kuuluu. Yhteisö voi olla kylä, perhe, heimo ja niin edelleen. Yhteisön etu on yksilön etua tärkeämpi ja kompromisseja tehdään siten, miten parhaaksi nähdään yhteisön kannalta. Kollektiivisessa kulttuurissa kaikki eivät ole tasa-arvoisia. Sen sijaan jokaisella on omassa yhteisössään oma rooli, jonka mukaan hänen odotetaan toimivan. Perheeksi ei lasketa vain ydinperhettä, vaan laajempi perhe, johon kuuluu sukulaisia useammasta polvesta. Perheen maine ja kunnia on yleensä erittäin tärkeä asia perheen jäsenille. Vanhuksista pidetään huolta loppuun asti itse ja sukulaisia autetaan hädässä. Myös päätöksenteko suoritetaan yhdessä yhteisönä, vaikka asia koskisi vain yhtä yhteisön jäsentä. (Räty 2002, 58; Yhteisöllinen ja yksilöllinen kulttuuri 2013.) Esimerkkitapauksena voisi olla jokin yhteisön jäsenen sairauteen liittyvä hoitotoimenpide, jonka suorittamisesta henkilö päättäisi yhdessä oman yhteisönsä kanssa.



KUVIO 4. Kulttuurin määritelmä.

3.5 Suomen maahanmuuttajien kulttuureista

Eri maahanmuuttajaryhmien kulttuurisista erityispiirteistä riittäisi varmasti runsaastikin kirjoitettavaa, mutta käsittelen tässä luvussa venäläistä, somalialaista, kiinalaista ja kurdilaista kulttuuria. Näiden kulttuurien edustajia on Suomessa paljon ja koen, että ne eroavat omasta kulttuuristamme vähintään kohtuullisesti. Jätän tässä luvussa tietoisesti esimerkiksi virolaisen ja ruotsalaisen kulttuurin esittelemättä, koska koen niiden olevan hyvin lähellä suomalaista kulttuuria.

Venäläisten uskonnoista perinteisimpänä pidetään ortodoksista kristillisyyttä, islamia, juutalaisuutta ja buddhalaisuutta. Näistä ortodoksinen kristillisyys on selkeästi suurin uskontoryhmä, sillä Venäjällä siihen kuuluu 75–80 % kansasta eli lukumäärällisesti noin 110 miljoonaa. (Maatiedosto Venäjä – Yhteiskunta, kulttuuri ja media 2013.) Venäläisten määrä Suomessa pysyi pitkään kohtuullisen pienenä ja vakiona. 1920-luvun Suomessa venäläisiä oli n. 15 000. Vuonna 2006 Suomessa asuvia Venäjällä tai Neuvostoliitossa syntyneitä oli jo yli 47 000. Varsinainen maahanmuuttoryntäys alkoi 1990-luvun alussa, kun presidentti Koivisto ja hallitus päättivät, että inkerinsuomalaisia voidaan pitää paluumuuttajina. (Shenshin 2008, 8–9.) Tietyssä mielessä tilastot siis valehtelevat, sillä inkerinsuomalaisetkin lasketaan tilastojen valossa venäläisiksi. Toisaalta paikoin se on aiheellistakin, sillä kaikki inkerinsuomalaiset paluumuuttajat eivät osaa/osanneet suomea enää, vaan puhuvat äidinkielenään venäjää.

Venäläisten kulttuuri on melko kollektiivispainotteinen. He ovat sosiaalista kansaa ja pitävät seurustelusta ja keskusteluista. Stereotyyppisestä suomalaisesta poiketen venäläiset ovat myös melko tunteikkaita, mikä näkyy heidän keskustelussaan. Kieltä ymmärtämätön voikin helposti luulla kahden venäläisen välistä keskustelua riidaksi, vaikkei se sitä olisikaan. Venäläiset tulevat mielellään apuun ja odottavat myös saavansa apua, niin tutuilta kuin tuntemattomilta ihmisiltä. (Anttonen & Miettinen 2006, 13.)

Somalialaiset ovat peräisin Afrikan sarveksi kutsutulta alueelta. Maa itsenäistyi vuonna 1960 oltuaan sitä ennen siirtomaana useammalle eri valtiolle. Vielä 1980-luvun puolessa välissä Somalia oli itse suuri pakolaisten vastaanottomaa. 1990-luvulla maassa alkoi kuitenkin sisällissota, minkä päättymisen jälkeenkään maassa ei ole saatu levottomuuksia täysin loppumaan tähän päivään mennessä. Sisällissodan aikaan maassa ei ollut suomalaisille itsestään selviä asioita kuten terveydenhuolto-, koulu-, poliisi- tai sähkö-

järjestelmiä. (Räty 2002, 89–90.) Suomen somalialaispakolaisistakin moni on syntynyt 90-luvulla. He eivät ole lapsuudessaan tottuneet Suomen kaltaisiin oloihin, mikä varmasti näkyy integraatiovaikeuksina maahanmuuton alkuvaiheissa.

Somalian kulttuuri on vahvasti sidoksissa paimentolaiselämään ja kaupankäyntiin. Näistä jälkimmäinen on pitkälti seurausta sijainnista rannikolla ja sen myötä vilkkaasta laivaliikenteestä. Kaikki somalialaiset puhuvat somalian kieltä. (Räty 2002, 90.) Klaanijärjestelmä on maassa hyvin vahva. Käytännössä jokainen kuuluu klaaniin, mitkä ovat ikään kuin suvun jatkeita ja vahvasti toisiinsa sidoksissa olevia yhteisöjä (Somalialainen kulttuuri 2012). Klaanit pitävät jäsenistään huolta monin tavoin. Ne muun muassa korvaa toisten klaanien jäsenille aiheutuneita vahinkoja sekä keräävät rahaa odottamattomia menoja, kuten jäsenen sairaalalaskuja varten. (Räty 2002, 91.)

Somalialaiset kääntyivät islaminuskoon 1100–1300-luvuilla, nykypäivänä valtaosa kuuluu sunni-muslimeihin. Sunnit ovat muslimiryhmistä suurin. Sunnit saivat alkunsa, kun profeetta Muhammed kuoli vuonna 632 ja hänen seuraajastaan ei päästy yksimielisyyteen, mikä johti muslimien jakautumisen kahteen ryhmittymään. Sunnit halusivat seuraajaksi ansioituneimman seuraajan, kun taas šiitit halusivat johtajuuden siirtyvän periytyvällä. (Mitä eroa on šiia- ja sunnimuslimeilla 2010.) Uskonnolla on olennainen rooli somalialaisessa yhteiskunnassa, sillä sisällissodan aikana ja sen jälkeenkin islamilaiset instituutiot kuten koraanikoulut ja moskeijat ovat tuoneet järjestystä kaaoksen keskelle. Ominaista somaleille on hallinnollisten instituutioiden ja auktoriteettien puuttuminen ja kiistat ratkaistaankin neuvottelemalla. (Räty 2002, 91; Somalialainen kulttuuri 2012.)

Venäläisten tavoin somalian perhenäkemys on kollektiivinen. Perheeksi lasketaan jopa ystävät, jotka saattavat asua samassa taloudessa. Moniavioisuus on sallittua, mutta yksiavioisuus on kuitenkin yleisempää. Avioerot ovat tavallisia. Perheen piirissä huolehditaan toisistaan ja jokaisella on oma roolinsa. Lapset osallistuvat töihin jossain määrin, mutta ennen kaikkea heidän tehtävänsä on kunnioittaa ja totella vanhempiaan. Isän rooli on perinteisesti elättää perheensä, kun taas äiti vastaa kasvattamisesta ja kodin hallinnasta. Naiset voivat muodostaa lähiyhteisöjä, jossa naapuriston naiset yhdessä hoitavat koko naapuriston kodinhoidon. (Räty 2002, 91; Somalialainen kulttuuri 2012.)

Kurdien lukumäärästä ympäri maailman on eri tietoja. Räty (2002) kertoo kurdien määrän olevan noin 25 miljoonaa (Räty 2002, 99). Saarinen (2013) puolestaan ilmoittaa

arvion olevan 30–40 miljoonaa. Molempien mukaan kurdien määrä Euroopassa on noin 700 000, joista Suomessa reilu 8 000. Kurdien kotimaa on Kurdistan, mutta se ei ole virallinen valtio, vaan se on levittänyt suurimmaksi osaksi Turkin, Irakin ja Iranin alueille. Kurdit ovatkin tällä hetkellä maailman suurin ilman omaa valtiota oleva kansa. (Saarinen 2013.)

Kurdeilla on oma kieli, jonka sisällä on useita murteita. Nämä murteet eroavat toisistaan hyvin paljon, eivätkä eri murteita puhuvat ihmiset välttämättä ymmärrä täysin toisiaan. Kieli on sukua Iranin viralliselle kielelle persialle. Kurdeista kaikki eivät osaa kirjoittaa tai lukea omaa kieltään, sillä sen opiskelu on ollut vaikeaa tai mahdotonta. Esimerkiksi Turkissa kurdilapset käyvät koulua turkin kielellä ja kurdin kieli on hallinnon toimesta linjattu turkin kielen murteeksi. Osassa maista kurdin kielen käyttö on ajoittain ollut jopa laissa kiellettyä. (Räty 2002, 100; Saarinen 2013.)

Kurdit ovat joutuneet historiansa saatossa taistelemaan oikeuksistaan usein. Turkkilaiset eivät tunnusta heitä virallisesti, vaan kanta on se, että he ovat niin sanottuja vuoristoturkkilaisia. Irakissa heillä on ollut itsehallintoalue vuodesta 1975, mutta olot siellä ovat kurjia, sillä Irak on asettanut alueen kauppasaartoon. (Räty 2002, 100.) Kurdien asuttaman vuoriston laaksot ovat viljavia ja maaperässä on lisäksi öljyä, minkä vuoksi kurdit ovat joutuneet historian saatossa taistelemaan alueestaan monia eri vihollisia vastaan. Toisen maailmansodan aikana kurdit yrittivät muiden kansakuntien tavoin perustaa oman valtion, mutta joutuivat kuitenkin alistumaan Iranin armeijan hyökättyä. (Saarinen 2013.)

Uskonnoltaan kurdit ovat valtaosin sunnimuslimeja, mutta heidän joukossaan on myös kristittyjä ja juutalaisia. Kurdit ovat keskimäärin melko maltillisia ja suvaitsevaisia uskontojen suhteen. Monien muiden Suomen maahanmuuttajaryhmien tavoin kurdien perhekäsitys on kollektiivinen. Kaupungistumisen myötä kollektiivisuus on kuitenkin vähentynyt ja osin korvautunut individuaalisuudella. Toistaiseksi heidän kulttuurinsa on kuitenkin vielä enemmän kollektiivinen ja se näkyy muun muassa siten, että kauempanakin asuviin sukulaisiin pidetään yhteyttä tiiviisti esimerkiksi internetin välityksellä. Naisen asema kurdikulttuurissa on melko heikko, sillä naiset eivät juuri omista karjaa tai maata eikä heille ole tarjolla työtä kodin ulkopuolella, joten naimisiinmeno on heidän ainoa vaihtoehtonsa. Perhe-elämä on suuressa roolissa ja sen myötä lapsia syntyy perheisiin paljon. Perheen kunnia on niin ikään tärkeä asia ja sitä pyritään vaalimaan

muun muassa hankkimalla toimeentulo vain säädyllyisenä pidettävillä tavoilla. (Saarinen 2013.)

Saarisen (2013) mukaan vanhempien ihmisten kunnioittaminen ja vieraanvaraisuus ovat olennainen osa kurdien kulttuuria. Lisäksi he kokoontuvat mielellään viettämään juhlia yhdessä. Kurdit viettävät uudenvuodenjuhlaansa newrozia 21.3. kaikissa Kurdistanin osissa, mutta myös Suomessa. (Saarinen 2013.)

Ylempänä mainittuihin maahanmuuttajaryhmiin verrattuna hieman erilainen kulttuuri on **kiinalaisilla**. Linin (2007) mukaan kiinalaiset tarvitsevat omaa tilaa, joten tervehtimismuotona esimerkiksi halaaminen olisi loukkaavaa. Tervehtimiseksi sen sijaan käykättelyn lisäksi muun muassa silmiin katsominen ja pieni pään nyökkäys. Toisin sanoen kiinalainen kulttuuri on näiltä osin hyvin samankaltainen suomalaisen kulttuurin kanssa. Vaikka halaaminen on suomalaisnuorten keskuudessa lisääntynyt viime vuosina, on se kuitenkin valtaosalle suomalaisista liian intiimi tervehdys. Kiinalaiset ovat myös hyvin virallisia, sillä pelkällä sukunimellä kutsuminen on epäkohteliasta. Ystävien tai perheen kesken kutsutaan yleensä koko nimellä ja henkilön tittelin käyttäminen on kohteliasta. (Lin 2007.)

Kiinalaisista yli 70 % puhuu äidinkielenään virallista kirjakieltä mandariinikiinaa. Kiinassa on kuitenkin muita alueellisia päämurteita eivätkä eri päämurteiden puhujat yleensä ymmärrä toistensa puhuttua kieltä. Lisäksi vähemmistökansallisuudet käyttävät omia äidinkieliään. Kouluopetus kautta maan tapahtuukin mandariinikiinaksi, jotta kielen ymmärtämisongelmat saataisiin minimoitua. (Maatiedosto Kiina – Yhteiskunta, kulttuuri ja media 2011.)

Kiinalaisilla on paljon käyttäytymissääntöjä, joiden mukaan he elävät. Esimerkiksi illallisella isännän tulisi yrittää juottaa vieraansa humalaan humaltumatta itse. Kiinalaiset eivät käytä alkoholia juopumistarkoituksessa sinänsä. Kylään mennessään kiinalaiset tuovat poikkeuksetta lahjan ainakin pääisännälle. (Arponen 2005.)

Perinteisesti kiinalaiset ovat ahkeraa kansaa, joiden arvoihin kuuluvat muun muassa nöyryys, uskollisuus, sitkeys ja ahkeruus sekä kova työ. Lisäksi he uskovat järjestykseen ja vakauteen. Heidän näkemyksensä mukaan ihmisen arvo määräytyy yhteiskunnallisen toiminnan perusteella. Lasten kuuliaisuus on heille erityisen tärkeää. Omia

vanhempiaan tulee kunnioittaa riippumatta siitä, minkä ikäisiä he ovat ja heidän käskyjään tulee totella. Lapsen niskoittelua vanhemmilleen on perinteisesti pidetty vakavana asiana. 1960-luvulta asti käytössä olleen yhden lapsen politiikan myötä perhearvot ovat yhtäältä hieman pehmentyneet, mutta toisaalta lapsiin kohdistuneet paineet ovat kasvaneet, sillä heidän koulutukseensa panostetaan. Vastaavasti he itse joutuvat läpikäymään pääsykokeita jo nuorella iällä. (Lin 2007.)

Aada Karoliina (2013) kertoo blogissaan omia kokemuksiaan kiinalaisesta kulttuurista ollessaan Kiinassa vaihto-opiskelijana. Hänen mukaansa kiinalaiset ovat erittäin ystävällistä ja auttavaista kansaa, mutta kuitenkin kylmiä siinä mielessä, etteivät halua näyttää tunteitaan ulospäin. Myöskään positiivista palautetta ei anneta ja tämä näkyy varsinkin lastenkasvatuksessa siten, että kehujen sijaan lapsia usein moititaan ja vertaillaan muihin. Lasten tulisikin aina pyrkiä parhaimpaan mahdolliseen, keskinkertaisuutta ei sallita. (Aada Karoliina 2013.)

Yllämainittu tunteiden näyttämättömyys on linjassa Linin (2007) yhteenvetokirjoituksen kanssa siinä mielessä, että kasvojen ja kunnian säilyttäminen on kiinalaisille äärimmäisen tärkeä asia. Kiinalainen sosiaalinen elämä perustuu erilaisiin suhteisiin eli Guanxehin. Pyydetessä apua tai palvelusta omaan sosiaaliseen verkostoon kuulavalta ihmiseltä tulee ensin arvioida Guanxin laatua, jotta tiedetään millaista palvelusta voidaan kultaakin henkilöltä pyytää. Vastaavasti apua pyytäessä voidaan yleensä odottaa, että apua saadaan. Mikäli henkilö ei pyynnöstä huolimatta tarjoa apuaan, voi hän menettää kasvonsa. Niin ikään kasvojensa säilyttämiseksi kiinalaiset eivät myöskään halua konflikteja, vaan pyrkivät aina kompromisseihin kiistatilanteissa. (Lin 2007.)

3.6 Eri maahanmuuttajaryhmille tyypillisiä sairauksia

Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä ja Koskinen (2012) tekivät Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämänä tutkimuksen venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista ihmisistä Suomessa koskien heidän terveyttään. Tutkimuksen tuloksia verrattiin kantaväestöön. Tutkimuksessa käytiin läpi myös demografisia tekijöitä, joista yhdessä vertailtiin koulutustasoa ja työssäkäyntiä eri kulttuurien kesken. Esimerkiksi somalit olivat suhteessa suomalaisiin ja muihin tutkimuksen kulttuuriryhmiin selvästi huonoiten koulutettuja, minkä lisäksi he kävivät myös selvästi muita vähemmän ansiotöissä. Koulutus on tärkeä

väylä työllistymiseen, toimeentuloon ja osallisuuteen yleisesti ottaen. (Castaneda ym. 2012, 54, 57.)

Koulutus ja työllisyystaso eivät kuitenkaan korreloi suoraan terveyden kanssa, sillä somalitaustaiset maahanmuuttajat ja erityisesti miehet kokivat oman terveytensä erityisen hyväksi verrattuna muihin maahanmuuttajaryhmiin. Kurdit sitä vastoin kokivat oman terveytensä kaikista huonoimpana. Työ- tai toimintakykyä heikentävää pitkäaikaissairautta sairastivat koko tutkimusryhmästä niin ikään vähiten somalit. Eniten pitkäaikaissairauksia oli venäläissyntyisillä. Tuloksia tarkastellessa on toki otettava huomioon, että pitkäaikaissairauksien vaikutukset työ- tai toimintakykyyn ovat osittain subjektiivisia tuntemuksia. Näin ollen on mahdollista, että esimerkiksi venäläis- ja somalialaistaustaisella maahanmuuttajilla olisi kaikin puolin sama pitkäaikaissairaus, mutta toinen heistä kokisi sen alentavan toimintakykyä, kun taas toinen ei. (Castaneda ym. 2012, 65, 70–71.)

Valtimotautien esiintyvyydessä on eri maahanmuuttajaryhmien välillä melko suuriakin eroja. Kurdeilla näitä tauteja on tutkimuksessa todettu esiintyneen eniten. Yli 29-vuotiaiden kurdien sydäninfarktien määrä suhteessa suomalaisiin on yli 7-kertainen. Samoin on sepelvaltimotautien esiintymismäärien laita. Subjektiivisilla tuntemuksilla ja toisaalta haastateltujen tietotasolla voi olla vaikutus tutkimuksen tuloksiin. Kurdien fysiologiset tekijät (muun muassa kolesterolitasot ja verenpaineet) eivät juuri eronneet muista ryhmistä. Onkin mahdollista, että kurdeilla on muihin verrattuna erilainen subjektiivinen käsitys siitä, mitä sydänsairaudet oikein ovat. (Castaneda ym. 2012, 75, 77.)

Somalit sairastavat eniten diabetesta, esiintymien määrän ollessa suomalaisiin verrattuna noin kolminkertainen, mikä on melko huolestuttavaa ottaen huomioon, että diabetes pidetään yleisesti suomalaisten kansantautina. Kohonneen verenpaineen suhteen erot ovat pienemmät. Somalitaustaisilla kohonnuttua verenpainetta esiintyy vähiten, suomalaisilla puolestaan eniten. (Castaneda ym. 2012, 75.)

Puhuttaessa tuki- ja liikuntaelinvaivoista subjektiiviset tuntemukset tulevat jälleen esille. Tutkimuksessa kurdeista 36,9 % ilmoitti kärsivänsä nivelkulumasta, kun vastaavat luvut venäläistaustaisilla ja somalialaistaustaisilla olivat 7 % ja 6,9 %. Haastatelluista 30–44-vuotiaista kurdeista jopa yli kolmasosa ilmoitti kärsivänsä nivelkulumasta, vaik-

ka lääketieteen mukaan tämän ikäisillä ei kyseistä sairautta pitäisi esiintyä käytännössä lainkaan. (Castaneda ym. 2012, 83, 85.)

Tutkimustulokset koskien oman terveytensä kokemista ovat linjassa psyykkisen oireilun kanssa. Somalit kokivat terveytensä tutkimuksen maahanmuuttajaryhmistä parhaana ja heillä on myös vähiten psyykkisen oireilun alle kuuluvia oireita, kuten nukkumisvaikeuksia tai masennusoireita. Vastaavasti kurdit tunsivat oman terveytensä kaikkein huonoimpana ja heillä esiintyy eniten psyykkistä oireilua. Erityisen runsasta oireilu on kurdinaisilla, sillä heistä jopa 50 %:lla oli vakavia masennus- ja ahdistusoireita. Mainittakoon myös, että venäläisnaisilla oli niin ikään runsaasti masennus- ja ahdistusoireita ja verrattuna venäläismiehiin ero oli lähes kolminkertainen. Somaleilla miesten ja naisten välinen ero oli kapeampi, mutta naisilla kuitenkin esiintyi enemmän oireilua kuin miehillä. Merkittävää tässä on se, että suomalaisilla tilanne on nimenomaan päinvastoin ja psyykkisestä oireilusta kärsivät ovat useammin miehiä kuin naisia. Eron saattaa selittää erot kulttuurissa, sillä Suomi on koko maailmankin mittakaavassa hyvin tasa-arvoinen maa ja suomalainen kulttuuri perustuu tasa-arvoon. Näin ei kuitenkaan ole tutkimuksen maahanmuuttajaryhmien kulttuurissa, vaan mies on yleensä selkeästi naista korkeammassa asemassa, mikä voi johtaa naisten psyykkiseen oireiluun. (Castaneda ym. 2012, 147–148.)

Kurdien runsaan psyykkisen oireilun taustalla ovat hyvin suurella todennäköisyydellä entisessä kotimaassa koetut traumaattiset tapahtumat, sillä kurdeista jopa 77 % oli kokenut jonkin traumaattisen tapahtuman. Traumaattisiksi tapahtumiksi on tutkimuksessa eritelty esimerkiksi väkivaltaisen kuoleman näkeminen, sota ja kidutus. Kurdit olivat jokaisessa traumamuodossa taulukon yläpäässä. Somaleilla traumaattisia tapahtumia oli toiseksi eniten ja venäläisillä vähiten. (Castaneda ym. 2012, 153.)

Tutkimuksessa tutkittiin myös eri maahanmuuttajaryhmien mielenterveyspalvelujen käyttöä. Somalit käyttivät ryhmistä selkeästi vähiten mielenterveyspalveluja. Lisäksi heidän oma arvionsa mielenterveyspalvelujen tarpeesta oli huomattavasti pienempi kuin venäläis- ja kurditaustaisilla haastateltavilla. Ilmiö on mielenkiintoinen ottaen huomioon, että somalit kärsivät tutkimuksen kolmesta maahanmuuttajaryhmästä vähiten psyykkisestä oireilusta ja kokevat terveytensä parhaana siitä huolimatta, että kurdien tavoin hyvin suuri osa, jopa 57 %, heistä oli kokenut kotimaassaan traumaattisia tapah-

tumia. (Castaneda ym. 2012, 65, 153, 159.) Asialle on hankala keksiä yksittäistä selittävä tekijää.

On myös mielenkiintoista, että Espanjassa toteutetun tutkimuksen mukaan sikäläiset Saharan eteläpuolelta tulleet maahanmuuttajat, joihin myös somalialaiset kuuluvat, käyttävät sairaalapalveluja paikallista väestöä enemmän (Rue, Cabré, Soler-González, Bosch, Almirall & Serna 2008). Siinä missä suomen somalialaiset käyttävät melko vähän terveydenhuollon palveluja, on tilanne toisessa Euroopan maassa kovin toisenlainen.

Yhteenvetona voitaneen sanoa, että eri kulttuurien ja maiden välillä on paikoin isoja eroja sairastavuudessa. Jotkin erot johtuvat varmasti geneettisestä perimästä. Osa eroista voi olla perua kulttuurista ja sen myötä elintavoista. Osa sairauksista vaikuttaa henkilön oma subjektiivinen näkemyksensä, mihin puolestaan vaikuttaa moni muu asia. Varmaa on kuitenkin se, että jokaista ihmistä tulee potilaana hoitaa ennakkoluulottomasti ja tosissaan, sillä henkilölle itselleen sairaudet ja oireet ovat aina todellisia, olivat ne sitten lääketieteen näkökulmasta fysiologisia tai subjektiivisia.

4 SAIRAANHOITAJAN OSAAMISEN MÄÄRITTELY

4.1 Eettinen osaaminen, monikulttuurisuus ja terveyden edistäminen

Louhiala ja Launis (2009) esittelevät kuusi parantamisen ja hoitamisen etiikan tärkeää periaatetta. Nämä ovat ihmiselämän kunnioittaminen, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemäärääminen, hoitaminen, hyödyn maksimointi ja oikeudenmukaisuus. Kirja on tarkoitettu lääketieteen edustajille ja opiskelijoille, mutta samat asiat pätevät myös hoitotyön puolella. Kaikella inhimillisellä elämällä on moraalista arvoa ja sen säilymiseen on aina pyrittävä sekä sen heikentämistä vältettävä. Luonnollisesti pelkästään elämän säilyttämistään ei ole aina eettistä toteuttaa, esimerkiksi silloin kun potilas on kovin iäkäs ja monisairas ja menee elottomaksi. Tällöin on joskus etiikan näkökulmasta suotavampaa jättää potilas elvyttämättä, vaikka se sotisikin elämän säilyttämisen periaatetta vastaan. (Louhiala & Launis 2009, 30.)

Ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa jokaisen ihmisen moraalisen arvon tunnustamista. Jokainen ihminen on arvokas riippumatta mistään ulkoisesta tai sisäisestä tekijästä tai siitä, katsotaanko ihmisarvon olevan biologinen vai persoonaan perustuva käsite. (Louhiala & Launis 2009, 30.)

Itsemääräämisoikeus on Suomessa perustuslaillinen oikeus. Itsemääräämisoikeuden tarkoituksena on se, että yksilö saa itse vapaasti päättää kaikesta itseensä liittyvästä, olkoot se sitten ruokavalio, uskonto tai vaatteiden väri. Kunhan toiminta ei aiheuta vahinkoa muille ja yksilö on kykeneväinen päättämään omista asioistaan vastuullisesti ja harkitusti, ei itsemääräämisoikeutta tulisi koskaan rajoittaa. (Louhiala & Launis 2009, 31; Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 75.)

Itsemääräämisoikeus voidaan vielä jaksaa kolmeen osaan, joita ovat ajattelu, tahto ja toiminta. Ajattelultaan autonominen ihminen kykenee järkiperaisiin päätöksiin ja vertailuun eri vaihtoehtojen kesken. Tahdoltaan autonominen ihminen ymmärtää omia halujaan ja mieltymyksiään ja osaa hallita niitä sekä arvioida niitä kriittisesti. Toiminnallisesti autonominen ihminen kykenee fyysisesti toteuttamaan tekemänsä päätökset ja suunnitelmat. (Louhiala & Launis 2009, 32.) Usein itsemääräämisoikeuteen liittyvät eettiset pulmat nousevat esiin erityisesti silloin, kun kyseessä on kovin nuori tai iäkäs tai

mielenterveysongelmista kärsivä yksilö. Heillä kaikilla saattaa olla esimerkiksi fyysistä kykyä toteuttaa haluamiaan asioita sekä tahto tehdä niitä, mutta he eivät välttämättä kykene arvioimaan omia tahtomisiaan kriittisesti eivätkä osaa vertailla eri toimintavaihtoehtoja. Hoitohenkilökunta on osaltaan vastuussa potilaidensa hyvinvoinnista, joten joissain tapauksissa heidän on puututtava tai osallistuttava potilaidensa päätöksentekoon (Vuori-Kemilä ym. 2005, 77). Joskus itsemääräämisoikeus voi puolestaan mennä jopa niin pitkälle, että potilas tuntee itsensä hylätyksi, sillä päätöksenteko-oikeudesta onkin tullut päätöksentekovelvollisuus ja potilas joutuu itse päättämään hoidoistaan enemmän kuin mitä hän kenties itse haluaisi (Louhiala & Launis 2009, 36).

Hoitamisen periaate on hyvin samankaltainen terveyden edistämisen periaatteen kanssa. Terveyden edistäminen tarkoittaa lyhyesti määriteltynä terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä sekä sairauksien vähentämistä (Perttilä 2006). Hoitamisen periaatteen mukaan ihmisten toimintakykyä on edistettävä ja kärsimyksiä vähennettävä. On tehtävä hyvää ja vältettävä pahan tekemistä. Hoitotyössä tämä jako ei aina ole niin yksiselitteinen, sillä potilaat ovat yksilöitä ja erinäiset hoitomuodot vaikuttavat eri potilaisiin erilailla. Sama hoitomuoto voi parantaa toisen, mutta olla toiselle vahingollinen. Hoitamisen periaate voi olla ristiriidassa itsemääräämisoikeudenkin kanssa. Yhtäältä hoitaja tiedostaa, että potilaan tila vaatisi hoitoa, mutta toisaalta potilas saattaa itse haluta hoitojen lopettamista. (Louhiala & Launis 2009, 33–34.)

Hyödyn maksimoinnin periaatteessa on kyse siitä, että potilaiden hoidossa tulisi aina valita se hoitomenetelmä, jossa hyödyt suhteessa haittoihin olisivat maksimaalisen suuret. Tämä pätee myös resurssien suhteen ja on vahvasti liitoksissa myös oikeudenmukaisuuteen. Resurssien tuhlailu kun on yleensä pois jonkun toisen hoidosta. Esimerkkinä uudet syöpälääkkeet, joiden kallis hinta estää niiden laajemman käyttöönoton, sillä kalliin hinnan myötä muiden mahdollisuus hoitoihin alenisi. Tällöin on oikeudenmukaisempaa yrittää löytää syöpäpotilaille vaihtoehtoisia, halvempia hoitomenetelmiä, jotta vuorostaan monet muut potilaat saisivat riittävän tasoista hoitoa omiin sairauksiinsa. Tämä puolestaan on ristiriidassa hoitamisen periaatteen kanssa, mutta hoitotyössä eettiset ristiriidat ovat yleisiä ja kompromisseihin on kyettävä. (Louhiala & Launis 2009, 37.)

Laki määrittelee, että jokaista potilasta on kohdeltava kunnioittavasti ja tasavertaisesti ja heille on annettava parasta mahdollista hoitoa heidän sairauksiinsa riippumatta siitä,

mitä rotua, maata, uskontoa tai maailmankatsomusta kyseinen potilas edustaa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Sinällään monikulttuurista hoitotyötä ei edes välttämättä käsitteenä tarvittaisi, sillä noudattamalla edellä mainittuja eettisiä periaatteita potilaan alkuperällä ei tulisi olla mitään merkitystä hoidon kannalta kuitenkaan. Maahanmuuttajien määrän kasvaessa jatkuvasti on asiaan kuitenkin hyvä kiinnittää huomiota, sillä erilaiset kulttuurit tuovat haasteita hoitotyölle. Tuntemalla eri kulttuureita ja niihin liittyviä arvoja ja tapoja hoitohenkilöstö voi paremmin ottaa huomioon potilaidensa tarpeet, jolloin eettisten periaatteiden toteutuminenkin on todennäköisempää (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004).

Narayanasamy (2003) tutki kvantitatiivisin menetelmin englantilaisten sairaanhoitajien monikulttuurisen hoitotyön toteutumista. Tutkimuksen mukaan moni hoitajista kertoo ottavansa potilaan kulttuuritaustan huomioon hoitotyössä. Osa koki ottaneensa kulttuurilliset tarpeet huomioon mielestään riittävän hyvin. Näiksi tarpeiksi on listattu muun muassa ruokavaliot ja rukoileminen. Merkittävä osa vastaajista oli kuitenkin itse sitä mieltä, että tarvitsisi lisäkoulutusta kulttuurillisten tarpeiden huomioonottamisesta.

4.2 Opetus- ja ohjausosaaminen

Ohjaustoiminta on hoitotyössä erittäin olennainen osa ammatillista toimintaa. Onnistunut potilasohjaus vaikuttaa positiivisesti potilaiden terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. Jotta ohjaus olisi johdonmukaista, hyvää ja potilaslähtöistä, tulisi ymmärtää, mitä ohjaus varsinaisesti tarkoittaa. Asiaa voidaan ajatella ammatillisesta tai prosessilähtöisestä näkökulmasta. Ensin mainitussa ohjaus on tavoitteellista keskustelua koskien potilaan tilannetta. Jäljempänä mainitussa ohjaus on ongelmanratkaisua, jossa myös eritellään potilaan kokemuksia ja opitaan niistä. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Nykyaikaisessa ohjauksessa painotetaan potilaan henkilökohtaisia kokemuksia, molempien osapuolien asiantuntijuutta ja myöskin potilaan omaa vastuuta omasta tilanteestaan ja terveydestään. Potilasta pidetään oman elämänsä ja tilanteensa asiantuntijana. Hyvä ohjaus lisää potilaan luottamusta ja sitoutumista oman terveytensä hoitamiseen liittyvissä asioissa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Ohjaus ja opetus sekoitetaan usein keskenään, mutta ne eivät ole synonyymejä vaan pikemminkin lähikäsitteitä. Kääriäisen ja Kyngäksen (2006) mukaan opetus tarkoittaa suunniteltuja toimintoja, joilla halutaan vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen. Hoitaja on mukana laatimassa oppimissuunnitelmaa ja tarjoaa oppimiskokemuksia. Ennen opetusta hoitaja on antanut potilaalle ohjausta. Ohjauksessa käydään yhdessä läpi potilaan tilannetta ja pyritään siihen, että potilas muodostaa omat menettelytapansa asioiden ratkaisemiseen. Tämän lisäksi on vielä eriytetty omaksi käsitteekseen neuvonta, joka on ohjauksen kaltaista, mutta jossa hoitaja voi antaa myös suoria neuvoja. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Onnistuneessa ohjaustilanteessa on otettu huomioon potilaan taustatekijät. Nämä taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysisiksi tekijöiksi voidaan luetella esimerkiksi potilaan ikä, sairaudet ja sukupuoli. Psyykkisiä tekijöitä ovat muun muassa potilaan oma motivaatio ohjaukseen, terveystokemukset ja -uskomukset, odotukset ja oppimistyyli ja niin edelleen. Motivaatio on erittäin tärkeä tekijä, sillä se määrittää onko potilaalla kiinnostusta omaksua hoitoon liittyviä asioita ja kokeeko hän koko ohjaustapahtuman tärkeäksi. Kyselemällä avoimia kysymyksiä sairaanhoitaja voi yrittää selvittää, millä keinoin potilaan voisi saada motivoituneeksi. Lisäksi on tärkeää, että sairaanhoitaja itsekin on motivoitunut antamaan ohjausta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Potilailla voi olla omia näkemyksiään ja aiempia kokemuksia ohjauksesta, mikä saattaa vaikuttaa hänen suhtautumiseensa ohjaustilanteeseen. Jos ohjaustilanne ei vastaa hänen odotuksiaan, voi ohjaus olla jopa yhtä tyhjän kanssa. Lisäksi ohjaustarpeet ja tavoitteet ohjaukselle voivat olla poikkeavat potilaalla ja sairaanhoitajalla. Varsinkin potilaan näkökulmasta esimerkiksi diagnoosin tuoreus vaikuttaa paljon tarpeeseen. Juuri diagnosoitu potilas tarvitsee aivan erilaista ohjausta kuin potilas, joka on sairastanut jotain sairautta jo vuosikausia. Lisäksi ohjaustilanteen suunnittelussa auttaa, jos hoitaja tietää potilaan oppimistyylin. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Visuaaliselle oppijalle painetut esitteet ohjauksen pääpainona voivat olla toimiva ratkaisu kun taas auditiiviselle oppijalle ennen kaikkea keskustelu on ensisijainen ohjauskanava.

Kääriäisen ja Kyngäksen (2006) mukaan sosiaalisista tekijöistä esimerkiksi erilainen kulttuuri- ja/tai uskontotausta voi vaikuttaa merkittävästikin siihen, miten potilas lähestyy ohjauksessa läpikäytäviä asioita. Perheellä on hoitotyön kannalta erilainen merkitys

erilaisissa kulttuureissa. Erityisesti kollektiivisissa kulttuureissa myös perheen ohjaus on tärkeää, joskin läheisten roolia hoidon osana on viime vuosina alettu korostaa entistä enemmän myös länsimaisessa, individuaalisessa kulttuurissa. Hoitajan olisi hyvä tietää, mitä potilas pitää tabuina ja onko hänellä kenties asiaan liittyen jotain uskomuksia tai traditioita. Myös tulkin käyttö on suositeltavaa vieraskielisten potilaiden ohjauksessa, sillä vieras äidinkieli voi merkittävästi vaikeuttaa potilaan omaa aktiivista osallistumista ohjaustapahtumaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Muihin ympäristötekijöihin lasketaan muun muassa ohjauskeskustelun fyysinen ympäristö. Ympäristön tai tilan tulisi olla esteetön ja häiriötön ja sisältää kaikki ohjaukseen tarvittavat asiat/materiaalit. Ympäristö ei saa herättää potilaassa negatiivisia mielikuvia, vaan luoda turvallisuuden tunnetta tai olla vähintäänkin neutraali tila. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

4.3 Itsensä johtamisosaaminen

Hoitotyö on tiimityötä, joka koostuu erinäisen koulutuksen saaneista ammattilaisista. Hoitotyössä on olemassa aina virallinen hierarkia ja johtajat, mutta kaikkien tiimin jäsenten tulee osata toimia myös vastuullisina itsensä johtajina. Viralliset johtajat pitävät lankoja käsissään ja näyttävät suunnan, mutta kaikki tiimin jäsenet täyttävät tietoisesti vastuullisen paikkansa, minkä myötä voidaan saavuttaa ryhmänä kokonaistavoite. (Miettinen, Miettinen, Nousiainen & Kuokkanen 2000, 11.)

Miettisen ym. (2000) mukaan jokaisella hoitoyksiköllä on oma perustehtävänsä, joka on erikseen määritelty. Käytännössä hoitoalalla se tarkoittaa aina potilaan hoito- ja tutkimusprosessia. Perustehtävän ympärille rakentuu koko yksikön toiminta. Yksikön nimetty johtaja vastaa yksikön toiminnasta perustehtävän mukaisesti. Hoitoyksikön todellinen onnistuminen tehtävässään riippuu siitä, kuinka hyvin työryhmän jäsenet työskentelevät yhdessä vastuullisina yksilöinä, itsensä johtajina. Jotta uusi työntekijä voisi parhaiten lunastaa paikkansa hoitoyksikössä, tulisi hänen tietää yksikön perustehtävä ja miten hänen oma työ kuvansa liittyy siihen. (Miettinen ym. 2000, 48–49.)

Nykypäivänä jokainen ihminen vastaa osaltaan oman työnsä kehittämisestä. Siksi on tärkeää tiedostaa ja oppia ne asiat, jotka edistävät työntekijän itsensä johtamista. Itsensä

johtaminen toteutuu parhaiten, kun työntekijällä on tunne, että hän on tarpeellinen. Lisäksi hänellä tulee olla tahtoa vaikuttaa asioihin ja halua olla muille tukena ja ohjata heitä. Työntekijän tulisi tietää, missä asioissa hänen osaamistaan tarvitaan ja hänellä tulisi olla kykyä vastata näihin tarpeisiin. (Miettinen ym. 2000, 11–12.)

4.4 Talousosaaminen

Jokaisen sairaalan ja hoitoyksikön on tehtävä taloudellista resursointia ja suunnittelua, jotta tulot ja menot pysyisivät vähintään tasapainossa ja toiminta olisi mahdollista. Isommassa mittakaavassa resursointi ja suunnittelu tarkoittavat esimerkiksi tuotteistamista ja hankintojen kilpailuttamista. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 12.) Henkilökunnan palkka- ja sosiaalimaksuihin menee keskimäärin 62 % sosiaali- ja terveys- huollon kulueristä. Muita menoeriä ovat esimerkiksi työvaatteet, puhtaanapito, lääkkeet ja laitteet. (Laaksonen ym. 2012, 262, 266.)

Yksilön mittakaavassa resursointi ja talousosaaminen tarkoittavat muun muassa sitä, että hoitotarvikkeita käytetään järkevästi ja säästeliäästi. Kun ymmärtää, miten ison menoerän eri alueet muodostavat, on helppo ymmärtää myös se, kuinka tärkeää on jokapäiväisessä toiminnassaan toimia niin taloudellisesti kuin mahdollista. Taloudellisen näkökulman ei tulisi kuitenkaan koskaan syrjäyttää eettisyyden ja terveyden edistämisen periaatteita. Parhaimmillaan hoitotyö on silloin, kun se on potilaslähtöistä, eettistä ja tähtää potilaan terveyden edistämiseen, mutta on kuitenkin samaan aikaan kustannustehokasta. Kustannustehokas hoitotyö on hyvin linjassa oikeudenmukaisuuden periaatteen kanssa. Eettisyyden, terveyden edistämisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteista kerrotaan lisää luvussa 4.1.

4.5 Tutkimus- ja kehittämisosaaminen

Pelttarin (1997) mukaan sairaanhoitajan tulee jakaa tietojaan ja kokemuksiaan muiden kanssa, pysytellä hoitoalalla ajan tasalla sekä kehittää itseään koko ajan (Pelttari 1997, 61). Laurin (2007) mukaan toiminnan kehittämisen lähtökohtana on henkilökohtainen rohkeus tehdä ja kokeilla esimerkiksi uusia työmenetelmiä. Hän kirjoittaa artikkelissaan haastattelusta, jossa mainittiin muutamassa Euroopan maassa kokeiluasteella olleesta

konseptista, jossa yksilöllisen ohjauksen sijaan diabetespotilaille annettiin insuliinipistosohjausta 6-8 hengen ryhmissä. Tällä tavoin kyettiin säästämään selvästi aikaa ilman, että ohjauksen tulokset olisivat kuitenkaan huonontuneet. Näin säästynyt aika kyetään käyttämään muihin asioihin ja potilaisiin. (Lauri 2007.)

Uudistusten ei aina tarvitse olla tieteellisen ja perusteellisen tutkimuksen läpikäyneitä virallisia prosesseja, vaan osaston sisälläkin kokeilemalla voidaan hyvin nopeasti nähdä, onko jokin toimintatapa hyvä ja tuloksellinen vai ei. Rohkeus ideoimiseen ja omien ideoidensa esilletuomiseen kehittää koko hoitoyksikköä ja kenties –alaakin. (Lauri 2007.)

Tutkimusosaamisen voidaan ajatella olevan sitä, että hoitaja osaa etsiä luotettavaa tietoa käyttäen monipuolisia tiedonhakuvälineitä. Hoitaja osaa myös tutkia asiakokonaisuuksia ja laatia suunnitelmallisia raportteja. Hoitotyö on näyttöön perustuvaa työtä. Tämä tarkoittaa sitä, että käytössä oleva tieto ja hoitomuodot perustuvat kulloinkin parhaiten saatavilla olevaan ajantasaiseen tietoon, joka on hankittu validein tutkimusmenetelmin (Näyttöön perustuva toiminta 2014). Hoitajan ei siis suinkaan oleteta tekevän tutkimuksia, vaan hyödyntävän tieteellistä näyttöä omassa hoitotyössään.

4.6 Kliininen osaaminen

Kliinisen osaamisen alle voidaan laskea oikeastaan kaikki sairaanhoitajan käytännön hoitotyön osaaminen. Tällaisia asioita ovat muun muassa potilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön tarpeen arviointi, hoidon vaikuttavuuden seuranta, lääkehoidon toteuttaminen, parenteraalisen nestehoidon toteuttaminen, aseptinen toiminta, apuvälineiden käyttö sekä monet yksittäiset toimenpiteet, kuten katetroinnit ja kanyloinnit. (Kliininen osaaminen 2014.)

Kliininen osaaminen yhdessä muiden mainittujen sairaanhoitajan osaamisen osa-alueiden kanssa muodostavat kokonaisvaltaisen paketin ja asiantuntevan hoitotyön ammattilaisen. Kuviossa 5 esitellään vielä yhteenvetona eri osaamisen osa-alueet.



KUVIO 5. Sairaanhoidajan osaamisen osa-alueet.

5 TUTKIMUSMENETELMÄ

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että on olemassa kahden tyyppisiä tutkimuksia, laadullisia ja määrällisiä. Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa argumentointiin käytetään systemaattisia ja tilastollisia yhteyksiä ja tulokset voidaan yleensä saattaa kuvaajan tai taulukon muotoon. Kullekin tutkimusyksikölle annetaan jokin arvo, joka voi olla numero tai kirjainsymboli. (Alasuutari 2011, 34.) Tällaista tutkimusmuotoa varten tutkimusjoukon ja aineiston määrän tulee yleensä olla riittävän suuri, jotta tilastollisten yhteyksien muodostaminen olisi mahdollisimman luotettavaa ja tulokset olisivat yleistettävissä koskemaan koko populaatiota. Määrällisellä tutkimuksella yleensä myös pyritään osoittamaan jokin etukäteen muodostettu olettaus joko todeksi tai vääräksi. Näiden tekijöiden vuoksi määrällinen tutkimusmenetelmä ei aina sovi käytettäväksi.

Laadullista tutkimusta kutsutaan usein synonyymeillä kvalitatiivinen, pehmeä, ymmärrettävä ja ihmistutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 23). Se soveltuu käytettäväksi hyvin silloin, kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien rakenteista yksityiskohtaisesti sen sijaan, että kiinnostuttaisiin niiden yleisluontoisesta jakaantumisesta (Metsämuuronen 2006, 88). Krause ja Kiikkala (1996) puolestaan kirjoittavat, että laadullinen tutkimus on omiaan silloin, kun halutaan saada uutta informaatiota asiasta tai ilmiöstä, josta on tarjolla vain vähän tietoa (Krause & Kiikkala 1996, 62). Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena oli sairaanhoitajien kokemus osaamisestaan maahanmuuttajien kanssa. Kokeemukset ovat sellaisia, joita on hankala ulkopuolisen etukäteen määritellä ja lokeroida vastausvaihtoehdoiksi. Tieto ja vastaukset haluttiin nimenomaan sairaanhoitajien suusta, heidän kokemuksistaan. Tämän vuoksi tässä opinnäytetyössä päädyttiin laadulliseen tutkimukseen.

5.2 Aineistonkeruumenetelmä

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erinäisiin dokumentteihin perustuva tieto. Kysely ja haastattelu eivät ole toistensa synonyymeja, vaan kyselyssä

tiedonantajat täyttävät itse heille esitetyn kyselylomakkeen. Haastattelussa sen sijaan haastatteliija esittää kysymykset suullisesti ja merkitsee vastaukset ylös. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–73.)

Haastattelu on keruumenetelmänä joustava, sillä se mahdollistaa kysymysten esittämisen uudestaan, mikäli tiedonantaja ei ymmärrä kysymystä heti. Kysymykset voidaan myös esittää siinä järjestyksessä kuin katsotaan aiheelliseksi. Tämä mahdollistaa selkeämmän rungon haastattelulle, sillä joskus voi olla tarkoituksenmukaisempaa esittää jokin tietty kysymys eri vaiheessa kuin mitä on etukäteen ajateltu. Tiedonantaja voi myös vastatessaan kysyttyyn kysymykseen vastata ikään kuin samalla jo osittain tai kokonaan johonkin toiseen kysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Tällöin haastatteliija voi jättää jälkimmäisen kysymyksen kokonaan kysymättä tai esittää täydentäviä kysymyksiä, jolloin välttyään siltä, että kerran jo kokonaan tai osittain käsiteltyyn asiaan tarvitsee palata.

On tärkeää, että haastattelussa saadaan mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä. Siksi on suotavaa sopia haastattelu hyvissä ajoin etukäteen ja saattaa kysymykset tai haastattelurunko tiedonantajille niin ikään etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Tällöin tiedonantajat voivat valmistautua haastattelun aiheeseen paremmin ja ehkä kirjoittaa itselleen muistiin asioita, joita haluaisivat mainita haastattelussa ja jotka ennalta sopimattomissa haastatteluissa voisivat unohtua.

Tavanomaisia haastattelumuotoja laadullisessa tutkimuksessa ovat teemahaastattelu ja syvähaastattelu. Teemahaastattelua kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Siinä kysymykset ovat avoimia, mutta niiden teema on etukäteen valittu, jotta vastaukset olisivat mahdollisimman lähellä tutkittavaa ilmiötä. Kysymysten muoto tai esittämisjärjestys ei ole ennalta tarkasti määritelty (Metsämuuronen 2006, 115). Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen, joten ennen haastattelua on olennaisen tärkeää opiskella tutkittavasta aiheesta riittävästi teoreettista tietoa ja muodostaa haastattelun runko tämän tiedon pohjalta. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten itsensä tekemiä tulkintoja ja heidän asioille antamia merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Tämän vuoksi kysymysten on oltava riittävän avoimia ja sellaisia, jotka rohkaisevat monipuolisiin ja kattaviin vastauksiin ”kyllä tai ei” –tyyppisten vastausten sijaan. Teemahaastattelu on oiva valinta haastattelumuodoksi, jos tarkoituksena on saada tietoa vähemmän tunnetuista asioista ja ilmiöistä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a).

Syvähaastattelu on melko samankaltainen haastattelumenetelmä kuin teemahaastattelu sillä erotuksella, että se on käytännössä täysin strukturoimaton ja avoin. Mitään teemoja tai varsinaisia kysymyksiä ei ole etukäteen määritelty, vaan ainoastaan aihe ja ilmiö, joista halutaan tietoa. Jatkokysymykset haastatteli ja muodostaa niin sanotusti lennosta saatujen vastausten perusteella. Ennen haastattelua on muodostettu teoreettinen viitekehys tutkittavasta asiasta, mutta se ei rajaa haastattelun sisältöä ja kulkua, kuten muissa haastattelumuodoissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75–76.)

Tässä opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään aineistonkeruumuotona teemahaastattelua. Koska tarkoituksena oli saada autenttista tietoa aiheesta ja tiedonantajien määrä oli suhteellisen pieni, kvantitatiivinen menetelmä kyselylomakkeineen ei olisi ollut tarkoituksenmukaisin keino tutkia asiaa. Laadullisen menetelmän sisällä päädyttiin nimenomaan teemahaastatteluun, koska haastattelun haluttiin olevan avoin, mutta pysyvän kuitenkin maahanmuuttajien hoitotyön teeman sisällä.

Teemahaastattelurunko löytyy liitteestä 1. Haastattelurunko koottiin siten, että se sisältäisi teemoja kaikilta teoriaosiossa läpikäydyiltä osa-alueilta niin sairaanhoitajien osamiseen kuin kulttuuriinkin liittyen. Lisäksi tiedusteltiin haastateltavien mielikuvia maahanmuuttajiin liittyen, jotta voitaisiin katsoa, onko niillä vaikutusta sairaanhoitajien tekemiin valintoihin työssään.

Teemojen alussa haastateltavilta kysyttiin, mitä he itse kokevat kyseisen aiheen merkittävän tai kuinka he sen määrittäisivät. Tällä pyrittiin välttämään haastateltavien vastausten ohjaamista tiettyyn suuntaan, eikä toisaalta tarkoitus ollutkaan hakea oppikirjavastauksia. Käytännön tasolla ratkaisu toimi valtaosin melko hyvin, joskin osaa kysymyksistä jouduttiin joskus hieman avaamaan keskustelemalla asiasta yleisellä tasolla ja tätä kautta haastateltava pääsi omaan kokemukseensa.

5.3 Haastateltavien valinta

Haastateltavat valittiin kolmelta eri TAYS:n vuodeosastolta, kaksi kullakin vuodeosastolta eli yhteensä kuusi haastateltavaa (N=6). Vuodeosastot olivat sellaisia, joiden palveluita maahanmuuttajataustaiset potilaat käyttivät säännöllisesti.

Opinnäytetyön tekijä ja aihe käytiin esittelemässä kullakin vuodeosastolla osastotunnilla. Sairaanhoitajille annettiin opinnäytetyön tekijän sähköpostiosoite, jonka kautta he saivat ilmoittautua haastatteluun. Tämä osoittautui tehottomaksi yhteydenottokanavaksi, jolloin toimeksiantavien osastojen osastonhoitajat veivät viestiä eteenpäin osastoilla sellaisille sairaanhoitajille, joilla oli ensinnäkin riittävästi kokemusta hoitotyöstä ja toiseksi kokemusta maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoidosta. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijä kävi vielä osastolla paikan päällä ja sitä kautta haastatteluun ilmoittautuneiden määrä (N=6) saatiin täyteen. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavaksi valittiin kaksi ensimmäisenä ilmoittautunutta sairaanhoitajaa per vuodeosasto. Jokaiselle haastateltavalle annettiin teemahaastattelulomake etukäteen, jotta he saivat rauhassa tutustua kysymyksiin.

5.4 Aineistoanalyysi ja -käsittely

Haastattelut tallennettiin nauhurille ja siirrettiin tietokoneelle äänitiedostoiksi. Haastattelut olivat kestoltaan keskimäärin 25 minuuttia pitkiä. Siirtämisen jälkeen tiedostot kuunneltiin läpi ja litteroitiin. Litterointi tarkoittaa erinäisten tallenteiden kirjoittamista kirjalliseen muotoon, jolloin niitä voidaan tarvittaessa käsitellä manuaalisesti tai ohjelmallisesti erinäisillä analysointimenetelmillä (Kananen 2010, 58–59). Tässä opinnäytetyössä käsittely tehtiin manuaalisesti. Haastattelut kirjoitetaan tekstimuotoon mahdollisimman tarkasti haastattelua mukaillen. Litteroinnissa on olemassa eri tasoja, joita ovat esimerkiksi sanatarkka litterointi ja yleiskielinen litterointi. Sanatarkassa litteroinnissa kirjataan nimensä mukaisesti sanatarkasti kaikki, mitä haastateltava on sanonut äännähdyksiä myöten. Yleiskielisessä litteroinnissa puolestaan teksti muutetaan kirjakielelle ja murreilmaisut poistetaan. (Kananen 2010, 58–59.) Tässä työssä käytettiin sanatarkan ja yleiskielisen litteroinnin välimuotoa, jossa pyrittiin mukailemaan haastateltavien vastauksia mahdollisimman tarkasti murreilmaisuja myöten, mutta äännähdykset ja vastaavat jätettiin kirjaamatta.

Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia. Siinä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Analyysissä puretaan ensin aineisto osiin ja tämän jälkeen sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Sitten aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi. Prosessi voidaan jakaa kahteen osaan. Ensimmäinen on analyysivaihe, joka edellä mainitusti tar-

koittaa aineiston purkamista osiin, mitä seuraa tulkintavaihe, jossa muodostetuista osista tehdään uusi synteesi. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Taulukossa 1 on esimerkki tämän opinnäytetyön sisällönanalyysistä.

Teema/aihe	Yläluokka	Alaluokka	Ilmaukset
Kommunikointi maahanmuuttajien kanssa hoitotyössä	- Kielimuuri	<ul style="list-style-type: none"> - Kielimuuri luo haasteita - Pitkään Suomessa asuneetkaan eivät välttämättä osaa kieltä - Kieliongelmat koetaan ainoaksi kommunikaation haitaksi 	<ul style="list-style-type: none"> - Aika haastavaa, jos he ei osaa suomea eikä englantia, kuten monesti onkin - Joutuu vähän ehkä enemmän tekemään työtä, että saane asiat perille. - Niin kun on ollu semmosiaki maahanmuuttajapotilaita jotka on tuota ollu pitkään suomessa mutta ei puhu sanaakaan suomea, eikä myöskään englantia - Emmä tiiä onko nyt muuten siinä kommunikoinnissa muuta eroa, muuta ku jos on jotain kieliongelmia.
	- Tulkkien käyttö	<ul style="list-style-type: none"> - Tulkkeja käytetään, mutta vähemmän kuin olisi oikeasti tarvetta - Joskus apuna voidaan käyttää henkilökuntaa, jotka ovat itse maahanmuuttajia ja osaavat potilaan puhumaa kieltä - Omaisia käytetään tulkkeina 	<ul style="list-style-type: none"> - Tulkkejakin mun mielestä käytetään aika vähän vaikka niitä sais kyllä tilata mutta aika harvoin niitä käytetään - Just ku on lääkärinkierto niin niihin ainakin pyritään että saatas sitte tulkki - Jos on vaikka arabi-potilas, silloin tietysti katotaan että onko täällä talossa joku joka olis sitten vaikka lääkäri tai joku, arabi, tai mistä se nyt onkaan sitte, että vois vähän tulkata tai sitten ihan tulkkipalveluja on käytetty semmosis tilanteis - On ollu semmosia että siinä on ollu joku omainen, tulee tulkkaamaan sieltä jostain osaks aikaa päivästä. Tai ei varsinaisesti tuu tulkkaamaan mut sattuu oleen paikalla ja joku omainen osaaki vähän suomea.
	- Kehonkielen käyttö	- Kehonkieltä käytetään osana kommunikointia	- Sit eleillä ja ilmeillä että onko kipeä tai mitä ne haluaa

			- Se on sit niinku käsin ja elein yrittää näyttää, "onko jano", "onko juonut", tai jos on nälkä niin näyttää vatsaa tai jos on vatsa kipee niin voi pyörittää sitä vatsaa.
--	--	--	--

TAULUKKO 1. Esimerkki opinnäytetyössä käytetystä sisällönanalyysistä.

6 TULOKSET

6.1 Tiedonantajien työkokemus hoitotyöstä ja kokemus maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoitotyöstä

Sairaanhoitajilla oli työkokemusta hoitotyöstä yhdestä kahteentoista vuoteen. Maahanmuuttajataustaisia potilaita kohdattiin hoitotyössä keskimäärin kerran kuukaudessa. Maahanmuuttajapotilaita todettiin olevan osastoilla useamminkin, mutta oli sattumasta kiinni, kuinka usein kyseiset potilaat päätyivät juuri haastateltavien hoidettavaksi.

Kohdatut maahanmuuttajapotilaat ovat olleet kotoisin ympäri maailmaa. Vastauksien joukossa mainittiin niin Etelä-Eurooppa, Afrikan maat, arabimaat kuin Aasian maitakin.

6.2 Maahanmuuttajan määritelmä ja maahanmuuton syitä

Kysyttäessä haastateltavilta näkemyksiä maahanmuutosta, heidän mukaansa olivat pakolaiset, jotka ovat muuttaneet Suomeen sotien, kriisien ja esimerkiksi uskontoon liittyvien vainojen vuoksi. Myös omasta tahdostaan maahan esimerkiksi koulun, työn tai perheen vuoksi muuttaneet käsitettiin maahanmuuttajiksi. Lisäksi olivat hyvän elintason vuoksi Suomeen muuttaneet. Maahanmuuttajien koettiin olevan keskenään hyvin erilaisista lähtökohdista olevia.

Sillä on kaks eri merkitystä, pakolaisella ja maahanmuuttajalla. Ihmiset käsittää pakolaisen silleen että hän on niinku paennu sieltä omasta kotimaastaan, maahanmuuttaja on omasta tahdostaan niinku työnsä takia tai koulunsa takia muuttanut tänne suomeen.

Toiset tulee samanlaisista kulttuureista ja tosi samankaltaisista maista, ehkä puhuu sitte eri kieltä ja toiset ihan tosi erilaisist kulttuureista ja sit niillä on erilaiset tavat ja odotukset ja mieltymykset.

6.3 Kommunikoinnin tavat maahanmuuttajapotilaiden kanssa

Kommunikoinnin suurimmaksi haasteeksi nousi kielimuuri sairaanhoitajan ja potilaan välillä. Haastateltavat olivat kohdanneet sellaisia maahanmuuttajapotilaita, jotka eivät pitkästä maassaoloajasta huolimatta osanneet lainkaan niin suomea kuin englantiaakaan.

Aika haastavaa, jos he ei osaa suomea eikä englantia, kuten monesti onkin.

Joutuu vähän ehkä enemmän tekemään työtä, että saa ne asiat perille.

Kommunikoinnin apuna käytettiin tulkkausta. Tulkki oli joko virallinen palkattu tulkki, joku suomea osaava omainen tai potilaan kieltä osaava henkilökunnan jäsen. Tulkkipalveluiden käyttöaste vaihteli, mutta vähintään lääkärintkiertoja varten niitä pyrittiin hankkimaan. Myös kehonkieltä käytettiin, kun yhteistä kieltä tai tulkkimahdollisuutta ei ollut.

Se on sit niinku käsin ja elein yrittää näyttää, "onko jano", "onko juonut", tai jos on nälkä niin näyttää vatsaa tai jos on vatsa kipee niin voi pyörittää sitä vatsaa.

6.4 Eettisyys ja arvot hoitotyössä ja niiden näkyminen hoitotyössä maahanmuuttajapotilaiden kohdalla

Haastateltavien mukaan hoitotyön tärkeitä arvoja olivat samanarvoinen kohtelu, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tasapuolisuus, tasavertaisuus, oikeudenmukaisuus, potilaan mielipiteiden kunnioittaminen, empatia ja potilaan kohtaaminen arvokkaasti taustasta huolimatta.

Jos sitä empatiakykyä ei ole niin sitten on ehkä väärällä alalla.

Tietenkin se, että kohtaa potilaan arvokkaasti, vaikka minkälainen tausta potilaalla on. Se on vaan aika haastavaa välillä, esimerkiksi niitä alkoholi, näitä päihdetapauksia.

Sairaanhoitajat korostivat eettisessä ajattelussaan myös oman ammattitaidon kehittämistä ja ylläpitämistä.

Ja kyllä mun mielestä näihin hoitotyön tärkeisiin arvoihin kuuluu ammattitaitokin. Pitää ite yllä sitä omaa ammattitaitoa.



KUVIO 6. Eettisyys ja arvot hoitotyössä.

Haastateltavien mukaan hoitotyön tärkeät arvot näkyvät käytännön hoitotyössä maahanmuuttajien kohdalla siten, että potilaita pyritään kohtelevaan samalla lailla riippumatta siitä, mistä he ovat lähtöisin. Myös potilaan uskonnollisten vakaumuksien ja monessa kulttuurissa tärkeässä asemassa olevan yhteisöllisyyden huomioon ottaminen koettiin tärkeäksi.

Niillä on aika usein just sitä sukua tässä mukana hoidossa, ne ei oo ikinä yksin tässä oikeestaan, että kärsivällisyyttä jos tulee pieneen huoneeseen porukkaa. Se on kuitenkin niin erilainen se, on niin yhteisöllistä, heille niin tärkeää, ottaa huomioon myös sen.

Yksityisyyteen ja sukupuoleen kohdistuvia potilaalle tärkeitä arvoja ei kyetty aina toteuttamaan.

Niillä on monesti aika hankalaa se, että meillä ei oo mitää miesten ja naisten huoneita. Nii että joutuu vaikka naispotilaat tonne miespotilaiden kanssa samaan huoneeseen.

Omien ennakko-asenteiden tunnistaminen ja korjaaminen on maahanmuuttajien hoitotyössä koettu merkitykselliseksi.

Että täytyy sitten aina vähän tunnustella, miten käsittää tai näkee heidät, ymmärtää itse niinkun, ymmärtää itse miten sä käsität heitä ja sitten yrität korjata sitä sun maailmankuvaa sitten, että se ei tuu esille.

Tiedusteltaessa suhtautumista maahanmuuttajiin vapaa-aikana sairaanhoitajat kokivat, että eroa suhtautumisessa ei ollut. Jotkut haastateltavat kertoivat aiemmin suhtautuneensa erilailla maahanmuuttajiin vapaa-ajalla, mutta tämä oli vähentynyt ajan myötä. Osalla puolestaan vapaa-ajan suhtautuminen maahanmuuttajiin oli edelleen erilaista, mutta hoitotyössä kaikki potilaat nähtiin samanarvoisina taustasta riippumatta.

No kai tässä täytyy olla rehellinen, että kyllä, kyllä mä luulen että suhtaudun. Mutta sitten toki jos se tulee tänne potilaaksi niin kyl mä sen sit ajattelen ihan samanarvosena.

Toisen ihmisen asemaan asettautumisen tärkeyttä tuotiin esiin.

Aina miettii jos ite joutuis jossain arabimaassa vaikka hoitoon, että miltä musta tuntuis sit siellä olla potilaana eikä ymmärtäis mitään.

6.5 Maahanmuuttajataustaisten potilaiden ohjaaminen ja sen suunnittelu

Kysyttäessä eroja hoitotyön ohjaamisessa maahanmuuttajapotilaiden ja kantaväestöön kuuluvien potilaiden välillä, koettiin tulkkipalveluiden käyttö kielimuurin vuoksi tärkeäksi erityisesti jatkohoito-ohjeita annettaessa. Toisaalta yhteisen kielen puuttumista ei kuitenkaan aina koettu ongelmaksi. Sairaanhoitajan vastuulla koettiin olevan, että poti-

las ymmärsi, mistä on puhuttu. Potilasta tuli ohjata kysymättäkin jokapäiväisissä asioissa, kuten ruokailussa. Ohjaustilanteisiin tuli lisäksi varata riittävästi aikaa.

Täytyy sanoa että vaikka ois sama kielikin, ihan umpisuomalaisia, joskus on vaikeuksia ymmärtää toinen toistansa ja taas joskus jos ei oo samaa kieltä niin ymmärretään silti tosi hyvin toisiamme.

Ja usein niillä tulee just, ne saattaa sanoa, ne näyttää että ymmärtää vaikka myöhemmin tulee selville, että ne ei oo ymmärtäny mitään mitä on puhuttu.

Sä viet heille ruokaa siihen naaman eteen niin he saattaa sit kattoo mitä tossa on, mitä tossa on, että pitäskö heidän vaan tässä syödä.

Maahanmuuttajapotilaiden suhtautumisen sairaanhoitajien antamaan ohjaukseen koettiin olevan yleisesti ottaen hoitomyönteistä. Suhtautumisen kipuun koettiin olevan erilaista eri kulttuureissa, mikä osaltaan vaikutti jokapäiväiseen ohjaukseen. Lisäksi maahanmuuttajille oli tärkeää, että perhe oli ohjauksessa läsnä.

Kyl ne niinku kaikki ollu aikalailla semmosia hoitomyönteisiä, vaikkei ne välttämättä kaikkea ymmärräkkään niin kyl ne aika sillai ottaa vastaan aika hyvin, ei ne kauheesti kyseenalaistakkaan.

Suhtautuminen niihin kipuihin on jonkunmaalaisilla aika erilaista sit ku suomalaisilla, että ei saa puhaltaakaan sinne päin ku se on aivan täys katastrofi.

Työkokemuksen ja rutiinin koettiin auttavan siinä, ettei ohjaustilanteiden suunnittelua nähty aina edes tarpeelliseksi. Etukäteissuunnittelua korostavat sairaanhoitajat suunnittelivat ohjaustilanteet sellaiseen ajankohtaan, että potilaan perhe oli läsnä. Lisäksi ohjaukseen pyrittiin varaamaan potilaan omalla kielellä olevaa kirjallista materiaalia ja sanakirjoja sekä tilanteen mukaan tulkki.

No en mä niitä oikeastaan kauheesti suunnittele, että menee sen verran rutiinilla.

Meillä on niitä erikielisiä, kaikkia sanoja ja näitä vihkosia, just vaikka jollain persian kielellä voi näyttää jonkun sanan ja siitä ainakin se potilas pääsis edes vähän kärryille missä niinku mennään.

Osan mukaan maahanmuuttajapotilaat eivät erityisemmin vaatineet erityispiirteiden huomioon ottamista. Osan mukaan puolestaan joidenkin kulttuurien siveellisyyskäsitys poikkesi suomalaisesta kulttuurista. Joillekin potilaille oli tärkeää, että sairaanhoitaja ja tulkki olivat hänen kanssaan samaa sukupuolta. Lisäksi potilaan ohjauksen tuli olla mielellään hänen omalla kielellään ja sellaista, että saadut ohjeet ymmärrettiin vielä osastolta lähtemisen jälkeenkin.

Oli tossa joskus nainen jostain arabimaasta niin, se ei halunnu että miehet hoitaa häntä tai tulkki piti olla nainen.

Että potilas ymmärtää sen ohjeen, sen jälkeenki ku mä nyt oon kertonu että se myös kun se kävelee osaston ovista ulos, että se muistais myöskin, että se jäis sille päähän. Mielellään omalla ymmärtämällään kielellä.

6.6 Itsensä kokeminen tärkeäksi ja työpaikan avoimuus uusia työtapoja kohtaan

Avoin mieli, osaaminen, kokemus, kielitaito, onnistumisen kokemukset ja ylimääräiset tehtävät kasvattivat oman tärkeyden tunnetta. Toisaalta omasta tärkeydestä oltiin realistisia ja oma itsensä koettiin osaksi osaston isompaa kuvaa. Epäonnistumisten koettiin lisäävän tarpeettomuuden tunnetta.

Sitten kun osaa englantia jonkin verran niin siinä kohtaa tulee semmonen onnistumisen fiilis.

Kaikkien osaamista tarvitaan et en mä ny koe itseäni erityisen tarpeelliseksi, mutta yhtenä osana kyllä.

Kun on niitä päiviä kun on oikeesti, että ei tiä mitä tekee, tai sählää kunnolla, niin silloin ei koe itteensä kauheen tarpeelliseksi.

Työntekijöiden ottaminen mukaan uusien toimintatapojen suunnitteluun organisaatiotasolla vähensi muutosvastarintaa ja päinvastoin.

Jopa täällä sairaalassa on pikkasen menny siihen suuntaan että, että ois ymmärretty, että just sieltä työntekijätasolta tulee parhaiten se viesti, että miten asiat kannattaa hoitaa.

Työntekijätasolla avoimuuden uusille työtavoille koettiin vaihtelevan paljon työntekijästä toiseen. Toisaalta sen katsottiin olevan kehittymisen edellytys. Avoimuutta vähensi taloudellinen tilanne ja uuden pelko. Uudet tai nuoret työntekijät sopeutuivat muutokseen paremmin, mutta heidän kehitysehdotuksiaan ei otettu niin vakavasti kuin pidempään työssä olleiden. Työelämässä pitkään olemisen katsottiin vähentävän uuden ideointia. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että päätös perusteltiin, jos heidän kehitysehdotuksensa hylättiin.

Ku itte on nuorempi, tai uudempi niin sitten ei välttämättä silleen niinku oteta vakavasti aina.

On kaikki se uudistaminen jääny mitä oli silloin aluks ku tuli, kun oli mielessä paljon kaikkee, mutta sitten ne on vaan unohtunu.

6.7 Oman työskentelyn kehittäminen ja sen näkyminen maahanmuuttajien hoidotyössä

Oman työn kehittämiseen liitettiin ulkoiset tekijät kuten koulutusmahdollisuudet. Työpaikan järjestämissä koulutuksissa pyrittiin käymään mahdollisimman usein ja resurssien salliessa. Lisäksi itseään kehitettiin kirjallisuuden avulla. Sisäisiksi kehittämismahdollisuuksiksi koettiin se, että työ itsessään opettaa. Lisäksi omia työskentelytapoja kehitettiin, vaikka osaston toimintatapoja ei koettu voivan muuttaa. Haastateltavat toivat esille, että oppiminen jatkui senkin jälkeen, kun koettiin, että kaikki oli jo opittu.

Kyllä mä oon pyrkiny käymään esimerkiksi koulutuksissa ku niihin on ollu mahdollisuus päästä.

Oma osaaminen tuntuu, että kyllähän se kehittyy täällä kun vaan pitää silmät ja korvat auki ja on vastaanottavainen, et ei se oo aina mikää koulutuksen kautta.

Oman työskentelyn kehittyminen näkyi maahanmuuttajien hoitotyössä työkokemuksen tuomana varmuutena.

Saatto olla aluks olla silleen, että jos ei ollu sitä samaa kieltä niin sitten ei uskaltanut välttämättä, tai ois halunnu lähteä hoitamaan. Mutta nyt se on niinku ihan sama, että jos ei löydy sitä yhteistä kieltä niin sitten keksitään jotain.

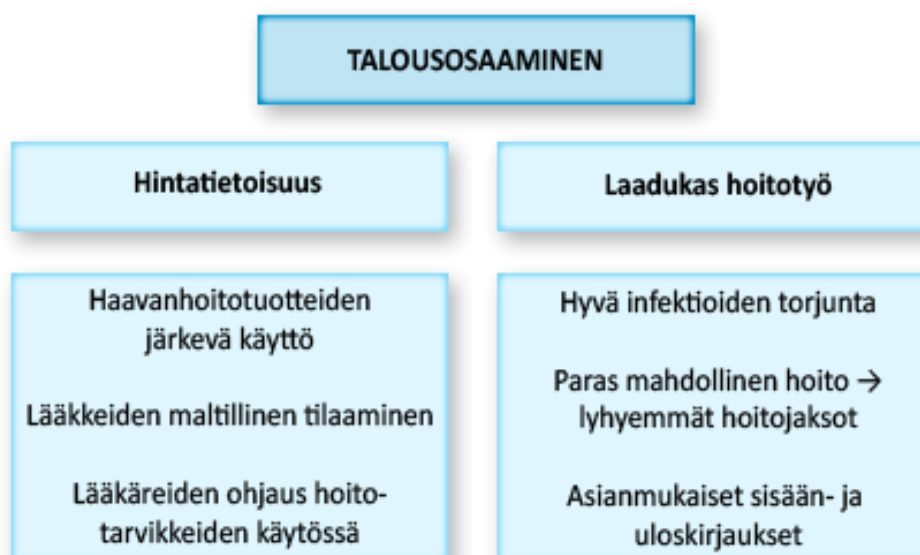
6.8 Talousosaaminen ja sen vaikutus maahanmuuttajien hoitotyöhön

Talousosaaminen hoitotyössä liitettiin tuotteiden hintatasoon. Koulutuksissa käyminen ja tuotteiden hintojen tietäminen auttoi tekemään taloudellisesti järkeviä hoitotyön päätöksiä. Esimerkiksi haavanhoidoissa tulisi valita edullisin tuote hoidon mukaan. Lääkkeiden tilaamisessa tulee tarkistaa rinnakkaisvalmisteet ja välttää tilaamasta liikaa lääkkeitä, joita tarvitaan vain vähän. Lisäksi esille nousi lääkäreiden ohjaus, etteivät he lääkärinkierroillaan heittäisi roskeen tuotteita, joita voisi vielä hyödyntää.

Jos jollaki potilaalla menee jotai lääkettä, jos tietää ettei se oo täällä montaa päivää niin ei tilaa sitte hirveesti sitä lääkettä.

Hintatasoon liittyvien seikkojen lisäksi infektioiden torjunnan todettiin olevan hyvää talousosaamista. Hyvällä hoidolla koettiin voivan lyhentää potilaan sairaalassaoloaika, mikä osaltaan toi säästöjä. Lisäksi päivystysaikana sairaanhoitajien tekemät sisään- ja uloskirjaukset tulivat olla oikein, jotta laskutus olisi ajantasainen. Pientenkin asioiden todettiin vaikuttavan ”pitkällä juoksulla”.

Jos mä pystyn jollain tavalla auttaa että montako päivää se potilas viettää täällä, jos mä pystyn hyvällä hoidolla lyhentään vaikka yhdenki vuorokauden sen potilaan oloaika niin se on jo iso säästö.



KUVIO 7. Talousosaamisen määrittely.

Tiedusteltaessa talousosaamisen eroja käytännön hoitotyössä kantaväestön ja maahanmuuttajien välillä ilmeni kahdenlaisia näkemyksiä. Kaikkien potilaiden todettiin olevan samalla viivalla eikä mitään eroja ollut tai saanutkaan olla. Kuitenkin yksittäistapauksissa potilaalle saatettiin antaa hoitotarvikkeita mukaan kotiin potilaan taloudellista taakkaa helpottamaan.

No ei oikeestaan, että kyllä ne sit aika samalla viivalla on kaikki kun ne tänne tulee.

Hänen piti maksaa tavallaan kaikki hoitokulut kokonaisuudessaan ilman KELA-korvauksia, se tuntui pahalle, niin siinä kohtaa se kyseinen hoitaja oli antanut täältä sitte tietyt tavarat mukaan viikoks, kahdeks viikkoa.

6.9 Kliininen osaaminen ja sen erot hoitotyössä kantaväestöön ja maahanmuuttajiin kuuluvien potilaiden välillä

Kliinistä osaamista kuvailtiin siten, että se piti sisällään käytännön toimenpiteitä. Aseptinen työskentely, hoitotoimenpiteet, haavanhoidot, kanyloinnit, katetroinnit ja nenämaahanletkun laitot katsottiin kliiniseksi osaamiseksi. Se liittyi myös kokonaisuuksiin. Kliininen hoitotyö on kokonaisvaltaista hoitotyötä sekä etiologian ja hoitopolkujen tuntemista.

Tommosia niinku kädentaitoja esimerkiksi, kaikkia toimenpiteiden pienten tekemistä, haavanhoitoa, kanyylin laittoa, katetrointia, nenämahaletkua, niin edelleen.

Vähän ymmärtää niitä tauti- tai vamma, syntykuvioita, ja sitten miten niitä hoidetaan ja mitä tapahtuu jatkossa, jotain ennustetta.

Kliinisen osaamisen eroja maahanmuuttajapotilaiden ja kantaväestöön kuuluvien potilaiden välillä käsiteltäessä osa totesi, etteivät asiat aina menneet kuten oli suunniteltu ja toimintasuunnitelmaa voitiin joutua vaihtamaan lennosta. Sukupuoli-, intiimi- ja hygienia-asiat erosivat toisissa kulttuureissa paljon suomalaisesta kulttuurista. Kivuttomuuden ylläpitäminen aiheutti hoidon suunnittelua erilaisilla maahanmuuttajilla kuin kantaväestöllä.

Kipuasia on myöskin, että se kipukulttuuri voi olla vähän erilainen siellä ja sitten tietysti semmoset kipua tuottavat jotkut toimenpiteet kuten haavanhoidotkin nii on joskus sen takia vähän vaikeampia. Mitään ei sais oikein tehdä, ja sit joudutaan mennä ihan heräämööön pienessä humautuksessa tekemään tämmösiä meidän mielestä aika pieniä haavajuttuja.

Osan mielestä kliinisen osaamisen suhteen ei sen sijaan ollut eroa kantaväestön ja maahanmuuttajapotilaiden välillä.

Sama kun tehdään jotain niitä hoitotoimenpiteitä sama se onko se suomalainen vai maahanmuuttaja.

Haastateltavat kokivat tärkeäksi, että potilaille ja omaisille perusteltiin, jos olosuhteiden pakosta heidän toiveitaan ei pystytty toteuttamaan.

Ja jos ei se oo mahdollista niin yrittää perustella sit potilaalle ja toivottavasti potilas tai potilaan omainen, kuka onkaan, ymmärtää sen, että tämän tilanne ja täs on apua tarvitseva ihminen.

6.10 Vieraisiin kulttuureihin liittyvän koulutuksen saaminen

Kukaan haastateltavista ei ollut saanut työpaikan puolesta varsinaista monikulttuurisuu-teen liittyvää koulutusta. Osa haastateltavista olisi ollut halukas saamaan koulutusta, osa taas ei kokenut koulutuksia aiheen tiimoilta tarpeelliseksi.

En mä muista, että oisin koskaan käyny tämmösessä monikulttuurisessa, niinku koulutuksessa. Mut mielellään kyl semmoseen menisin.

No en mä nyt sano että mä mitenkään kaipaen mitään lisäkoulutusta, että eiköhän ne tuu sit kysymällä selväks.

Haastatteluissa ilmeni, että joillain osastolla oli sairaanhoitajien käytössä eri kulttuureis- ta kertovia perehdytyskansioita.

Joillain osastoilla oon nähny että romaneja varten on ollu ihan oma kan- sionsa, jossa selitetään heidän kulttuuristaan, sitten selitetään hyvin tar- koin miksi siellä osastolla on niin paljon väkeä, miksi sinne soitellaan ihan jatkuvasti, että se on niinku hienoa että sitten tavallaan ymmärtää.

6.11 Kokemus omasta vieraiden kulttuurien tietämyksestä ja positiiviset koke- mukset maahanmuuttajien hoitotyöstä

Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että omassa eri kulttuurien tietämyksessä voisi olla parannettavaa. Kriittisimmät asiat kuitenkin koettiin olevan tiedossa.

*Kyllä joskus tuntuu, että vaikka luulee tietävänsä niin ei oikeesti tiedäk-
kään, että niinku kyl niissä saattaa olla yllättäviäkin asioita mitä ei sitte,
ei oo tiennyt.*

*Ehkä ne just semmoset kriittisimmät [asiat tietää], että ei ihan lähde mo-
kaamaan.*

Tietämyksen eri kulttuureista koettiin vähentävän hämmennystä ja toisaalta joskus työmäärääkin osastolla.

[Kertoi esimerkkitarinan] Että toki jos tietäis enemmän niinku niistä kulttuureista niin sitten sitäkään ei olis tarvinnut taivastella monta päivää.

Lähes kaikilla haastateltavilla oli ollut uransa aikana maahanmuuttajien hoitotyön paris-
sa tilanteita, joissa he olivat mielestään selviytyneet hyvin.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää maahanmuuttajien hoitotyön erityispiirteitä sekä sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien hoitamisesta. Tulosten perusteella sairaanhoitajilla oli varsin realistinen näkemys maahanmuuttajista ja maahanmuuton syistä. Kommunikointi maahanmuuttajapotilaiden kanssa tuntui aina onnistuvan tavalla tai toisella, vaikka kielimuuri esiintyi vastauksissa hyvin usein. Vastaukset osoittavat, että sairaanhoitajat osaavat käyttää työssään luovuutta. Kommunikoinnissa käytettiin apuna niin muuta henkilökuntaa, omaisia, kehonkieltä kuin kirjallisuuttakin. Päällimmäiseksi mielikuvaksi maahanmuuttajien kanssa kommunikoinnista jäi soveltaminen. On pystyttävä soveltamaan ja olemaan luova ja ehkä juuri siksi kokemus tuo varmuutta.

Eettisyyteen ja arvoihin liittyen näkemykset olivat vaihtelevia, vastausten vaihdellessa oppikirjamaisista aina omaan työhön liittyvään pohdintaan. Louhiala ja Launis (2009) liittivät eettisyyteen itsemääräämisoikeuden ja potilaan kunnioittamisen sekä oikeudenmukaisuuden (Louhiala & Launis 2009). Nämä kaikki asiat nousivat esille myös haastattelujen vastauksissa. Oman ammattitaidon kehittäminen ja ylläpitäminen osana hoitotyön eettisyyttä korostuivat. Eettisiä ohjenuoria pyrittiin käyttämään käytännön hoitotyössä parhaan kyvyn mukaan. Vaikka suhtautuminen maahanmuuttajiin vapaa-ajalla vaihteli, ei sen annettu kuitenkaan vaikuttaa hoitotyön valintoihin tai potilaiden kohtamiseen. Onkin tärkeää tulevaisuudessa ylläpitää sairaanhoitajien keskuudessa tällaista asennetta. Sitä on myös esimiesten tuettava kehityskeskusteluissa ja palaverissa pohdittaessa maahanmuuttajien hoitamiseen liittyviä asioita.

Ohjaustilanteissa korostui yhteisymmärryksen merkitys. Kielimuuri oli suurin yksittäinen hankaloittava tekijä. Jokapäiväisessä ohjauksessa oli huomioitava kulttuurien väliset erot päivittäisissä toiminnoissa. Myös oma-aloitteisuuden merkitys korostui siinä, että aina maahanmuuttajat eivät kysy tai osaa kysyä kun heitä askarruttaa jokin asia. Kääriäisen ja Kyngäksen (2006) mukaan perheen ottaminen mukaan ohjaustilanteisiin on kollektiivisissa kulttuureissa tärkeää (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Haastatteluiden perusteella näin myös käytännössä tapahtui. Potilaan motivaatio määrittelee onko hänellä kiinnostusta omaksua hoitoon liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjaustapahtuman tär-

keäksi (Kääriäinen ja Kyngäs 2006). Vastausten mukaan maahanmuuttajapotilaat olivat yleisesti ottaen hoitomyönteisiä. Jatkossa olisikin tärkeää ylläpitää tätä hoitomyönteisyyttä huomioimalla potilaiden kulttuuritaustat jokapäiväisessä hoitotyössä, oli kyse sitten perheen ottamisesta mukaan osaksi hoitotyötä, oma-aloitteisesta ohjauksesta tai mistä tahansa muusta aiheeseen liittyvästä asiasta.

Itsensä kehittäminen ja johtaminen toteutuvat parhaiten kun työntekijällä on tunne, että hän on tarpeellinen (Miettinen ym. 2000). Myös haastateltavat kokivat pääosin itsensä tarpeellisiksi. Uusia tai nuoria työntekijöitä ei aina kuunneltu kehitysehdotusten suhteen. Pitkään työssä olleet eivät puolestaan enää ideoineet yhtä aktiivisesti kuin uransa alussa. Kaikki haastateltavat kuitenkin kehittivät itseään hoitotyön ammattilaisena, osa työn kautta, osa muita keinoja apuna käyttäen. Monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyvää itsensä kehittämistä ei varsinaisesti nostettu esille, vaan yleinen linja tuntui olevan, että työkokemuksen kautta harjaannutaan maahanmuuttajien hoitotyössä. Kun kaikki tiimin henkilöt lunastavat oman vastuullisen paikkansa, voidaan kokonaistavoitteet saavuttaa (Miettinen ym. 2000). Kaiken kaikkiaan kyseisillä vuodeosastoilla todennäköisesti ylläpidetään hyvää hoitotyötä niin maahanmuuttajien kuin kantaväestönkin osalta. Jotta näin olisi vastedeskin, tulisi organisaatioiden ja esimiesten tulevaisuudessa rohkaista kaikkia sairaanhoitajia itsensä ja oman työnsä kehittämiseen sekä luoda tälle kehittämis-toiminnalle puitteet ylläpitämällä vuodeosastoilla avointa ilmapiiriä.

Talousosaamisen määrittelyyn liittyen hyvin useat haastateltavat olivat epävarmoja siitä, miten vastaisivat. Vaikka useat käsittivätkin sen tarkoittavan suoraan kustannuksiin liittyviä asioita, nousi vastauksissa esille myös hoidon kokonaisuuden pohdinta. Tätä kuvasti näkemys siitä, että antamalla hyvää hoitoa voidaan potilaan sairaalassaoloaikaa lyhentää ja se on taloudellista. Laki määrittelee, että jokaista potilasta on kohdeltava tasavertaisesti rodusta, maasta tai uskonnosta riippumatta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Talousosaamisen suhteen ei nähtykään eroja maahanmuuttajien ja kantaväestön hoitotyössä. Hyvää talousosaamista erityisesti kokonaisuuden näkökulmasta olisi syytä jatkossakin korostaa sairaanhoitajille esimerkiksi perehdytyksessä ja kehityskeskusteluissa.

Kliiniseksi hoitotyöksi lasketaan sairaanhoitajan käytännön osaaminen kokonaisvaltaisen hoidon tarpeen arvioinnista aina yksittäisten toimenpiteiden suorittamiseen (Kliininen osaaminen 2014). Myös haastateltavat katsoivat asiaa samalla lailla. Kliinisen hoi-

totyön eroja maahanmuuttajien ja kantaväestön välillä ilmeni kulttuurista johtuen. Eroavaisuudet liittyivät usein etenkin potilaiden muslimitaustaan ja sen mukanaan tuomiin kultturistisiin eroavaisuuksiin. Tuntemalla eri kulttuureita ja niiden arvoja voivat sairaanhoitajat paremmin ottaa huomioon potilaidensa henkilökohtaiset tarpeet, mikä luo perustan eettisten periaatteiden toteutumiselle (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004). Osa haastateltavista oli sitä mieltä, ettei potilaan alkuperällä ollut kliinisessä hoitotyössä merkitystä. Asiaa voidaan ajatella kahdelta kantilta. Toisaalta vastaus kuvastaa sitä, että tasa-arvoisuuden ja tasavertaisuuden eettiset periaatteet toteutuvat. Toisaalta taas vastaus voi kieliä siitä, ettei potilaan kulttuuria otettu huomioon hoitotyössä, mikä puolestaan olisi vastoin potilaan asemasta ja oikeuksista kertovaa lakia, joka määrittelee, että mahdollisuuksien mukaan potilaan äidinkieli ja kulttuuri on otettava huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Sairaanhoitajien kulttuurituntemusta voitaisiin kehittää jo opiskelujen aikana. Tällä edesautettaisiin maahanmuuttajapotilaiden oikeuksien toteutumista hoitotyössä.

Tutkimuksen mukaan englantilaisista sairaanhoitajista iso osa kaipaasi itse lisäkoulutusta kulttuurillisten tarpeiden huomioonottamisesta (Narayanasamy 2003). Myös tämän opinnäytetyön haastateltavat olivat valtaosin sitä mieltä, että menisivät vieraiden kulttuurien lisäkoulutukseen, jos sellaista olisi tarjolla. Onkin selvää, että sairaanhoidon organisaatiot voisivat alkaa järjestää koulutuksia toisista kulttuureista, sillä kuten eräs haastateltava asian hyvin ilmaisi; ”sitäkään asiaa ei olisi tarvinnut taivastella päiväkausia, jos olisi tiedetty kulttuureista”. Myös perehdytysmateriaalia olisi syytä tuottaa sairaanhoitajien käyttöön.

Yhteenvetona voidaan sanoa, että maahanmuuttajien hoitotyötä helpottaa, jos omaa tuntemusta potilaan kulttuurista. Kielimuuri voidaan kiertää käyttämällä tulkkia tai kehonkieltä. Virallisten tulkkien lisäksi hyödyksi voidaan käyttää myös kielitaitoisia henkilökunnan jäseniä ja potilaiden perheenjäseniä. Sairaanhoitajan on suunniteltava hoitotyötä enemmän kuin tavallisesti. Potilaan kielellä olevaa kirjallista materiaalia on hyvä käyttää hoitotyön ja kommunikoinnin tukena. Maahanmuuttajapotilaita on ohjattava kantaväestöön kuuluvia potilaita enemmän myös jokapäiväisessä hoitotyössä ja sairaanhoitajan vastuulla on, että potilaat ymmärtävät, mitä heille puhutaan. Oma työskentelyään voi kehittää kirjallisuuden ja koulutusten kautta, mutta myös työssä oppimalla. Työkokemus tuo varmuutta maahanmuuttajien hoitotyössä. Näitä edellä mainittuja asioita voi-

daan huomioida jokapäiväisessä hoitotyössä ja toisaalta myös korostaa uusien sairaanhoitajien perehdytyksessä.

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksia tehdessä on ensisijaisen tärkeää tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteesta. Kun luotettavuutta arvioidaan, täytyy arvioida tutkimuksesta saadun tiedon totuudenmukaisuutta. Yksi tapa arvioida luotettavuutta on käyttää neljää monen eri tutkijan esille tuomaa osa-aluetta: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä on tutkittavan ilmiön kanssa tekemisissä riittävän pitkään (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tämän opinnäytetyön teoriaosuuden laadinta aloitettiin jo marraskuussa 2013, millä pyrittiin asiaan perehtyneisyyteen. Vahvistettavuudessa puolestaan on kyse siitä, että tutkimusprosessin kulku kirjataan niin tarkasti, että toinen tutkija voisi seurata prosessin kulkua suurin piirtein (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä prosessin kulkua kuvattiin siinä määrin, että seuranta olisi tarvittaessa mahdollista. Luvussa 5 on kerrottu perustelut tutkimusmenetelmän valinnalle sekä avattu miten teemat muodostettiin. Lisäksi luvusta löytyy tieto siitä, miten haastateltavat valittiin ja miten kerätty aineisto analysoitiin, esimerkin kera.

Reflektiivisyyden perusta on siinä, että tutkimuksen tekijä tunnistaa itsestään, kuinka paljon hän vaikuttaa tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyön tekemisen aikana kaikessa toiminnassa pyrittiin ottamaan mahdollisimman objektiivinen ote. Tämä päti niin teoriaosuuden kuin esimerkiksi teemahaastattelurungonkin laadinnassa. Haastateltavien annettiin itse ensin pohtia ja määritellä kulloinkin kyseessä olevia teemoja ja vastata sen perusteella. Täten haastateltavien johdattelu saatiin minimoitua. Jälkikäteen ajateltuna osa teemakysymyksistä perustui enemmänkin tekijän omiin hoitotyön kokemuksiin kuin teoriaosuuteen, kuten olisi pitänyt. Tämän lisäksi osa kysymysten asetteluista oli sellaisia, ettei niillä saatu aina välttämättä vastauksia siihen asiaan, mihin kysymystä laadittaessa oli ajateltu tai kysymys ymmärrettiin väärin. Kysymyksiä olisi voitu myös testata sairaanhoitajilla, joilla on kokemusta maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoidosta.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tuloksia voitaisiin siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Sitä voidaan myös kutsua yleistämiseksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b). Tämän opinnäytetyön haastateltavat olivat lähtökohdiltaan erilaisia keskenään huolimatta työskentelystään saman työnantajan parissa. Toisin sanoen aineisto oli rikasta ja kattoi hyvin monenlaisen taustan ja sen myötä kokemuksen. Toisaalta haastatteluihin valikoituivat osastonhoitajien myötävaikutuksesta mahdollisesti asiaan hyvin sitoutuneet henkilöt, joten aineistosta saattoivat jäädä uupumaan esimerkiksi maahanmuuttajataustaisiin potilaisiin negatiivisesti suhtautuvat sairaanhoitajat. Tämä olisi voinut laajentaa kuvaa hoitotyön tilanteista.

7.3 Eettisyys

Tutkimukseen osallistuvan ihmisen on oltava tietoinen siitä, että kyseessä on tutkimus, minkä lisäksi häntä tulee informoida tutkimuksen tarkoituksesta ja kestosta. Osallistujien valintakriteerit tulee myös olla osallistujien tiedossa. Tämän lisäksi hänellä tulee olla tiedossa, että halutessaan hän voi vetäytyä tutkimuksesta pois. (Kylmä & Juvakka 2007, 149.)

Haastateltavien valinta perustui vapaaehtoisuuteen. Haastateltaviksi päätyivät ne kaksi ensimmäistä per osasto, jotka halusivat osallistua. Heille annettiin aineiston keruussa käytettävä teemahaastattelulomake etukäteen, minkä lisäksi he allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 2). Heille painotettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta vetäytyä opinnäytetyön prosessista tai haastattelutilanteesta pois missä vaiheessa tahansa. Haastattelut toteutettiin siten, että niin äänitallenteissa kuin litteroinneissakaan ei mainittu missään kohtaa haastateltavan nimeä tai vuodeosastoa. Haastateltavat olivat tietoisia siitä, että opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tallenteet tullaan hävittämään. Tutkimusaineisto analysoitiin objektiivisesti ja opinnäytetyön tuloksissa käytettiin suoria lainauksia, jotta sanomisien merkitys ei olisi muuttunut, mutta siten, ettei niistä voida identifioida vastaajaa.

7.4 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin syksyllä 2013 aiheen valinnalla. Maahanmuuttaja-aihe oli kaikista tarjolla olevista aiheista itselleni mielenkiintoisin. Minulla ei entuudestaan ollut kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, mutta aihetta valitessa helppoutta tärkeämpänä kriteerinä oli nimenomaan aiheen kiinnostavuus, koska tällöin opinnäytetyön eteen olisi huomattavasti miellyttävämpää tehdä isokin määrä työtä. Ja runsaasti työtä tehtiinkin etenkin prosessin loppuvaiheessa, sillä kokemattomuus laadullisen tutkimuksen analysoinnista näkyi. Ohjaajan avustuksella tulokset ja johtopäätökset saatiin kuitenkin lopulta jäsenneltyä nykyiseen muotoonsa.

En missään vaiheessa prosessia luonut itselleni kovinkaan tiukkoja aikatauluja, vaan pikemminkin löyhän aikajanan, jonka mukaan prosessi eteni. Teoriaosuus kirjoitettiin melko lailla nykyiseen muotoonsa 2013–2014 talven aikana. Teemahaastattelut tehtiin huhtikuussa 2014 ja litteroitiin toukokuussa. Tulosten analysoinnit ja työn viimeistely tapahtuivat elo-lokakuussa.

Opinnäytetyöprosessin aikana tiedonhakutaidot kehittyivät, kun työtä kirjoittaessa opin hakemaan tietoa pikemminkin yksittäisistä aihealueista kuin sinänsä koko opinnäytetyön aiheesta sellaisenaan. Teorian laadinnan ja haastatteluiden tekemisen seurauksena opin paljon maahanmuuttajapotilaiden hoitamisesta, vaikka moni asia olikin tuttu opin-tojen pohjalta. Koen aihealueen olevan erityisen tärkeä vuodeosastoilla, mutta tulevana perioperatiivisena hoitajana olen varma, että voin hyödyntää tietämystäni aiheesta myös leikkausosastolla.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön aihetta voitaisiin tutkia jatkotutkimuksena esimerkiksi jossain toisessa sairaalassa. Eri ympäristö, haastateltavat ja toisaalta myös tutkimuksen tekijä voisivat tuoda aiheeseen sellaisia näkökulmia, mitä tässä työssä ei tullut esille. Opinnäytetyön aihetta sivuten jatkotutkimuksena voitaisiin myös tutkia vuodeosastojen ilmapiiriä ja avoimuutta työskentelyn kehittämisen osalta.

Halukkuutta monikulttuuriseen koulutukseen haastateltavien keskuudessa ilmeni. Koulutus jossain muodossa esimerkiksi yksittäisestä, mutta Suomessa merkittävästä kulttuurista ja sen hoitotyössä huomioitavista erityispiirteistä voisi olla kehittämishankkeen aihe. Vastaavasti koulutuksen sijaan kehittämishankkeena voitaisiin tuottaa johonkin tiettyyn kulttuuriin syventynyt perehdytyskansio, jossa kerrotaisiin kyseisestä kulttuurista.

LÄHTEET

Aada Karoliina. Megapostaus Kiinan ja Suomen kulttuurieroista. 25.5.2013. Blogi. Lily. Luettu 4.12.2013.

<http://www.lily.fi/blogit/pekingin-valot/megapostaus-kiinan-ja-suomen-kulttuurieroista>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika: Vastapaino.

Anttonen, N. & Miettinen, H. 2006. Kulttuurisen kasvatuksen haasteet. Venäläistäustaisten äitien ja tyttärien näkemyksiä ja kokemuksia kasvatuksesta ja kasvamisesta kahden kulttuurin keskellä. Sosiaalialan koulutusohjelma. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Arponen, A. 2005. Kiinalainen tapakulttuuri. Suomi-Kiina-seura. Luettu 4.12.2013. <http://www.kiinaseura.fi/?p=266>

Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S (toim.). 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.

Hämeen-Anttila, J. 2004. Islamin käsikirja. Helsinki: Otava.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kliininen osaaminen. Koulutusohjelmat 2010-2011. Oulun ammattikorkeakoulu. Luettu 22.1.2014.

http://www.oamk.fi/koulutus_ja_hakeminen/opiskelu_oamkissa/opinto-opas/koulutusohjelmat/?sivu=osaamisalue&id=188&opas=2010-2011&code=5133

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Editat.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja-lehti 10/2006.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Editat.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lauri, S. 2007. Sairaanhoitajan osaaminen – mitä se on? Sairaanhoitaja-lehti 6-7/2007.

Lin, J. 2007. Yleiset kulttuurierot ja stereotypisointi: Kiinalainen perhe- ja tapakulttuuri –seminaarin yhteenveto. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 4.12.2013.

<http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projektit/monikko/kiinalainen-perhe-ja-tapakulttuuri-seminaarin-yhteenveto.pdf>

Loikkanen, J. 2013. Islam-ilta: Naisten asema ja sharia-laki kuumensivat keskustelun. Yle uutiset. Luettu 30.11.2013.
http://yle.fi/uutiset/islam-ilta_naisten_asema_ja_sharia-laki_kuumensivat_keskustelun/6906965

Louhiala, P. & Launis, V. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.

Maahanmuuton perusteet. 2013. Väestöliitto. Luettu 22.11.2013.
http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuton-perusteet/

Maahanmuuton vuosikatsaus. 2012. Sisäasiainministeriö. Luettu 22.11.2013.
http://www.migri.fi/download/43811_43667_Maahanmuuton_tilastokatsaus2012_web.pdf?98980d0a9ab4d088

Maahanmuuttajat. 2013. Väestöliitto. Luettu 22.11.2013.
http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotietoa/maahanmuuttajat/

Maatiedosto Venäjä – Yhteiskunta, kulttuuri ja media. 2013. Ulkoasiainministeriö Venäjän yksikkö. Luettu 2.12.2013.
<http://www.finland.org.ru/public/default.aspx?nodeid=41790&contentlan=1&culture=fi-FI>

Maatiedosto Kiina – Yhteiskunta, kulttuuri ja media. 2011. Ulkoasiainministeriö Aasian ja Oseanian yksikkö. Luettu 4.12.2013.
<http://www.finland.cn/public/default.aspx?nodeid=44135&contentlan=1&culture=fi-FI>

Melin, H. & Roine, M. 2008. Kulttuuri ja arkielämä. Sosiologian peruskurssi. Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus / avoin yliopisto. Luettu 30.11.2013.
<http://www.uta.fi/avoinyliopisto/arkisto/sosiologia/luku2.html>

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Mitä eroa on šia- ja sunnimuslimeilla. 2010. Historianet. Luettu 22.8.2014.
<http://historianet.fi/arkielama/uskonnon-historia/mita-eroa-on-sia-ja-sunnimuslimeilla>

Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. 2004. ETENE. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Kesäseminaarin yhteenveto. Helsinki: Yliopistopaino.

Narayanasamy, A. 2003. Transcultural care. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? British Journal Of Nursing, 12, 3, pp. 185-194.

Näyttöön perustuva toiminta. Hoitotyön tutkimussäätiö. Luettu 22.1.2014.
<http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

Peltari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvaifikaatiovaatimukset. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Perhe. Tilastokeskus. Luettu 30.11.2013.
<http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>

Perheiden yhdistäminen Suomessa. Suomen Pakolaisapu. Luettu 22.11.2013.
<http://www.pakolaisapu.fi/fi/tietoa/tietoa-pakolaisuudesta/pakolaisuus-suomessa/perheenyhdistaminen.html>

Perttilä, K. 2006. Terveiden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Sairaanhoitaja-lehti 4/2006.

Rue, M., Cabré, X., Soler-González, J., Bosch, A., Almirall, M. & Serna, M. 2008. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. BMC Health Services Research. Luettu 7.10.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18402704>

Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Tammi.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Teemahaastattelu. KvaliMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 28.11.2013.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Yleistäminen. KvaliMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 16.9.2014.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2_3.html

Saarinen, T. Yleiset kulttuurierot ja stereotypisointi: Kurdilainen perhe- ja tapakulttuuri. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 3.12.2013.
http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projektit/monikko/Kurdiartikkeli_Saarinen.pdf

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2013. Sairaanhoitajaliitto. Luettu 4.12.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden asukasluvut. 2013. Suomen Kuntaliitto. Luettu 22.11.2013.
<http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/asukasluvut/Sivut/default.aspx>

Shenshin, V. 2008. Venäläiset ja venäläinen kulttuuri Suomessa. Kulttuurihistoriallinen katsaus Suomen venäläisväestön vaiheista autonomian ajoilta nykypäiviin. Helsingin yliopisto. Luettu 3.12.2013.
<http://tinyurl.com/k3ep7pm>

Somalialainen kulttuuri. 2012. Sosiaaliportti. Luettu 3.12.2012.
https://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelukasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/somalialainen_kulttuuri/

Suomessa vakinaisesti asuvat ulkomaalaiset. 2012. Väestötietojärjestelmä. Väestörekisterikeskus. Luettu 22.11.2013.
http://www.migri.fi/download/40179_Suomessa_asuvat_ulkomaalaiset_2012_fi.pdf?046b740a9ab4d088

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. 2005. Ihmisen hyvä – Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Yhteisöllinen ja yksilöllinen kulttuuri. 2013. Väestöliitto. Luettu 2.12.2013.
http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/monikulttuurinen_parisuhde/yhteisollinen_ja_yksilollinen_ku/

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

TAUSTAKYSYMYKSET

- Kuinka pitkä kokemus hoitotyöstä sinulla on?
- Kerro mitä käsität termillä maahanmuuttaja?
 - Miksi sinun näkemyksesi mukaan maahanmuuttajat tulevat Suomeen?
- Kerro kuinka usein kohtaat maahanmuuttajataustaisia potilaita?
- Kuvaile minkälaisia maahanmuuttajapotilaita olet hoitanut
- Kuvaile minkälaista on kommunikointi maahanmuuttajien kanssa hoitotyössä

EETTISYYS JA ARVOT

- Kerro mitkä ovat mielestäsi hoitotyön tärkeitä arvoja?
 - Miten ne näkyvät jokapäiväisessä hoitotyössä maahanmuuttajien osalta?
- Suhtaudutko mielestäsi eri lailla maahanmuuttajiin työssä ja vapaa-aikana?

OHJAAMINEN

- Miten maahanmuuttajapotilaiden ohjaus eroaa kantaväestön ohjauksesta?
- Kerro kuinka suunnittelet ohjaustilanteen etukäteen vai suunnitteletko ollenkaan?
- Kerro mitä erityispiirteitä otat huomioon maahanmuuttajien ohjaustilanteissa?

ITSENSÄ JOHTAMISOSAAMINEN / TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISOSAAMINEN

- Koetko itsesi tarpeelliseksi osastollasi? Miksi? Miksi et?
- Kerro minkälaisena koet työpaikkasi avoimuuden uusien työtapojen suhteen?
- Miten olet kehittänyt omaa työskentelyäsi urasi aikana?
 - Miten tämä on näkynyt maahanmuuttajapotilaiden kohdalla käytännön tasolla?

TALOUSOSAAMINEN

- Mitä käsität sairaanhoitajan talousosaamisella?
 - Miten se näkyy omassa työssäsi?
 - Koetko siinä olevan eroa maahanmuuttajien hoitotyön ja kantaväestön hoitotyön välillä omalta osaltasi?

KLIININEN OSAAMINEN

- Kuvaile mitä kliininen osaaminen mielestäsi tarkoittaa
 - Miten kliinisten hoitotoimien suorittaminen eroaa kantaväestön ja maahanmuuttajien välillä vai onko eroa lainkaan?

LOPPUKYSYMYKSET

- Minkälaista monikulttuurisuuteen liittyvää koulutusta olet saanut?
- Koetko tietäväsi riittävästi eri maahanmuuttajaryhmien kulttuureista?
- Kerro hoitotyön tilanteista maahanmuuttajapotilaiden kanssa, kun mielestäsi olet pärjännyt hyvin

**Hyvä sairaanhoitaja!**

Pyydän teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia omasta osaamisestaan maahanmuuttajien hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa.

Opinnäytetyöni tutkimus toteutetaan teemahaastatteluiden avulla ja tavoitteenani on haastatella yhteensä 6 sairaanhoitajaa. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluita ja ne nauhoitetaan tutkimusanalyysiä varten. Haastatteluun on hyvä varata aikaa tunti. Haastatteluista kertynyttä aineistoa käytetään ainoastaan analysointia varten ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Teillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta missä vaiheessa tahansa ilman erillistä syytä. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä siten, ettei raportista voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Opinnäytetyö on valmistumisen jälkeen luettavissa Theseus-tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa toisin sovita.

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoa opinnäytetyöstäni, vastaan kysymyksiinne mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Juha-Matti Leppänen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

(jatkuu)



SUOSTUMUS

2 (2)

Sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien hoitamisesta ja omasta osaamisestaan

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja sen tavoitteista. Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyön tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä opinnäytetyöhön osallistumisesta milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen asianmukaisesti.

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus

Haastateltavan nimenselvennys

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän nimenselvennys
